REFERENTIELS

Prise en charge de la douleur chez l'adulte

*Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels des réseaux ONCOLOR et Rhône Alpes conformément aux données acquises de la science au **09 juin 2010**.*

- Généralités
- Mécanismes
- Evaluation de la douleur
- Tt de la douleur nociceptive
- Opioïdes
- Tt de la douleur neuropathique
- Ttts co-antalgiques
- Techniques complémentaires
- Techniques interventionnelles
- Radiothérapie
- Approche psychothérapique
- Bibliographie

*Page modifiée le : **7 octobre 2010***

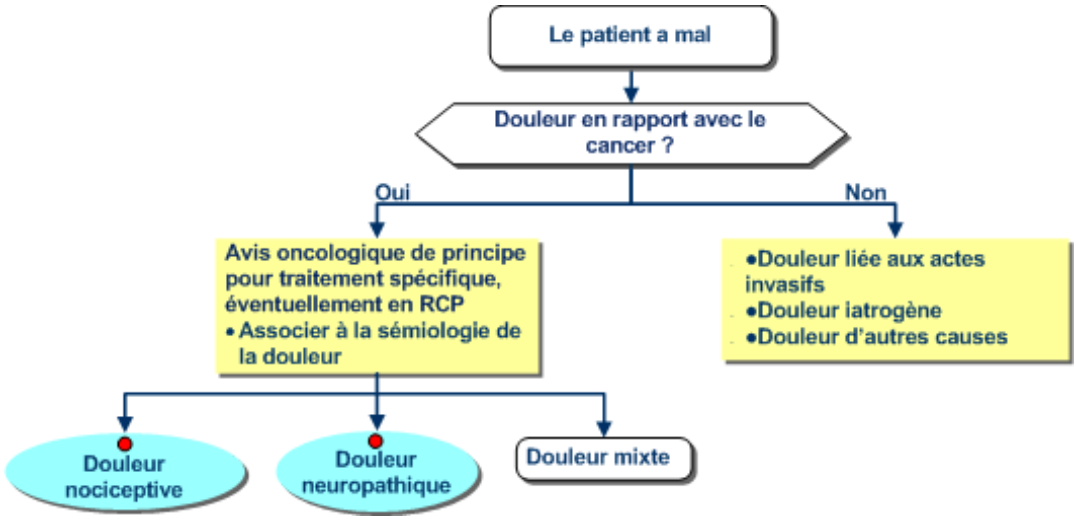
Page(s) modifiée(s)	Date(s) de modification
Opioïdes	7 octobre 2010 - 9 novembre 2010
Généralités	7 octobre 2010
Bibliographie	7 octobre 2010
Traitement	7 octobre 2010
Traitement de la douleur neuropathique	7 octobre 2010
Traitement co-antalgiques médicamenteux	7 octobre 2010
Approches psychothérapiques	7 octobre 2010
Techniques complémentaires	7 octobre 2010

Généralités

Ce référentiel présente les principes de prise en charge des douleurs chez l'adulte porteur d'une tumeur ou d'une hémopathie maligne.

La stratégie de prise en charge dépend de la nature cancéreuse ou non de la douleur (Cf. arbre ci-dessous) et de son mécanisme d'action. Elle s'appuie sur une phase d'évaluation et différents types de traitements (médicamenteux spécifiques ou non, radiothérapie antalgique, techniques interventionnelles, psychothérapie, etc.).

"La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel et la traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée." (Haute Autorité de Santé - Grille AE V2010 - Chaptitre 2, partie 1 - référence 12, version juin 2009).


Le patient a mal
Douleur en rapport avec le cancer ?
Oui
Non
Avis oncologique de principe pour traitement spécifique, éventuellement en RCP
• Associer à la sémiologie de la douleur
•Douleur liée aux actes invasifs
•Douleur iatrogène
•Douleur d'autres causes
Douleur nociceptive
Douleur neuropathique
Douleur mixte

REFERENTIELS

Prise en charge de la douleur chez l'adulte

- Généralités
- Mécanismes
- Evaluation de la douleur
- Tt de la douleur nociceptive
- Opioïdes
- Tt de la douleur neuropathique
- Ttts co-antalgiques
- Techniques complémentaires
- Techniques interventionnelles
- Radiothérapie
- Approche psychothérapique
- Bibliographie

*Date de révision : **09 juin 2010***

Mécanismes de la douleur

- On distingue selon le mécanisme :
  - les douleurs nociceptives
  - les douleurs neuropathiques
  - les douleurs mixtes : elles associent une composante nociceptive et neuropathique.

Douleurs nociceptives

- Ces douleurs correspondent à une activation des voies de la douleur à partir des nocicepteurs par une stimulation nociceptive (lésion tissulaire). Le fonctionnement du système nerveux reste intact.

Elles correspondent à un excès de stimulation des terminaisons libres ou des récepteurs.
Ces douleurs répondent habituellement aux antalgiques.

- **Remarque** : Les douleurs sont souvent **mixtes** associant une composante nociceptive et neuropathique.

Douleurs neuropathiques :

Définition : « douleur secondaire à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel ».

Caractéristiques :

- Douleurs secondaires à une lésion du système nerveux central ou périphérique, quelle qu'en soit l'étiologie.
- Douleurs le plus souvent chroniques et séquellaires (sauf SEP ou neuropathies aiguës)

- Survenue fréquente avec un intervalle libre variable, de quelques heures à plusieurs années, après la lésion causale,
- Caractéristiques séméiologiques propres,
- Toujours associées à un déficit sensitif plus ou moins systématisé,
- Traitements spécifiques.

Epidémiologie en cancérologie :
La prévalence en cancérologie n'est pas connue :

- Difficile à évaluer (contexte),
- Origine et filières de soins variées,
- Lésion neurologique méconnue,
- Lésion neurologique connue, mais lien causal non établi,
- Forte prévalence des douleurs mixtes : composantes nociceptive et neuropathique

Cependant :

- Douleurs périphériques très largement majoritaires,
- Prévalence élevée des douleurs iatrogènes consécutives à un acte chirurgical (thoracotomie, laparotomie, amputation, chirurgie délabrante, chirurgie ORL),
- Polyneuropathies médicamenteuses (chimiothérapie) assez fréquemment douloureuses.

Situations douloureuses iatrogènes :

- Douleurs post-chirurgicales,
- Douleurs chimio-induites,
- Douleurs survenant après radiothérapie.

Principales molécules concernées dans les polyneuropathies chimio-induites :

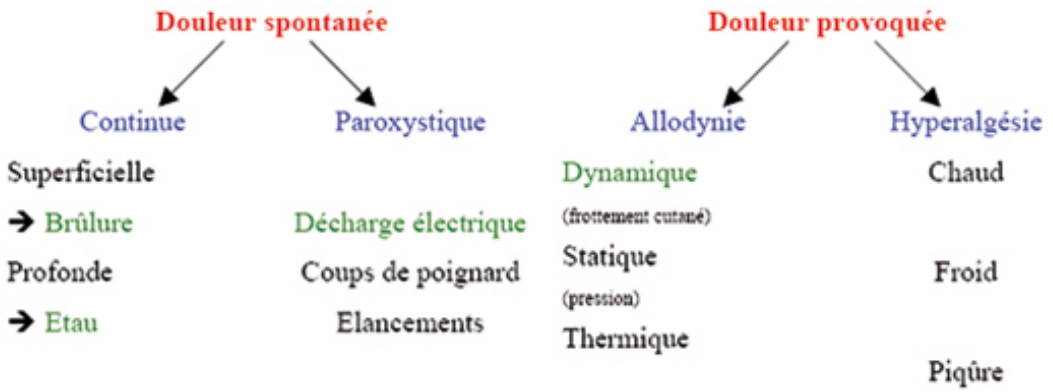
Alcaloïdes de la pervenche : Vincristine,

Sels de platines : Cisplatine et Oxaliplatine,

Taxanes : Paclitaxel,

Epothilones : Bortezomib.

Symptomatologie de la douleur neuropathique – la quintette symptomatique :



Association très fréquente à des symptômes non douloureux : paresthésies / dysesthésies

Comment établir le diagnostic de douleur neuropathique ?

- Combinaison de symptômes positifs (douleur) et de signes négatifs (déficit) évocateurs :
  - Symptômes douloureux caractéristiques,
  - Déficit sensitif (parfois difficile à mettre en évidence).
- Topographie systématisée de la douleur et du déficit au minimum dans un territoire relativement bien systématisé sur le plan neurologique,
- Aide au diagnostic : questionnaire DN4,
- Examens complémentaires inutiles pour le diagnostic syndromique,
- Lésion neurologique correspondante identifiée ou suspectée par l'anamnèse ou l'examen clinique : rechercher si besoin,
- Avis : consultation de la douleur.

Définition des symptômes

- **Allodynie** : sensation douloureuse provoquée par une stimulation normalement non douloureuse,
- **Hyperalgésie** : sensation douloureuse anormalement intense provoquée par une stimulation douloureuse normalement moins intense,
- **Hyperpathie** : sensation douloureuse intense et durable survenant après sommation spatiale et temporelle de stimuli faiblement douloureux,
- **Hyperesthésie** : majoration de la sensibilité,
- **Hypoesthésie** : diminution de la sensibilité,
- **Dysesthésies** : sensations anormales et désagréables mais non douloureuses, spontanées ou provoquées,
- **Paresthésies** : sensations anormales spontanées non douloureuses et non désagréables à type de picotements ou fourmillements.

REFERENTIELS

Prise en charge de la douleur chez l'adulte

- Généralités
- Mécanismes
- Evaluation de la douleur
- Tt de la douleur nociceptive
- Opioïdes
- Tt de la douleur neuropathique
- Ttts co-antalgiques
- Techniques complémentaires
- Techniques interventionnelles
- Radiothérapie
- Approche psychothérapique
- Bibliographie

Date de révision : ***09 juin 2010***

Evaluation

- Interrogatoire
  - Historique, caractère, intensité, localisation
  - Evaluation de la douleur par des échelles d'auto-évaluation ou d'hétéro-évaluation (personne âgée non communicante)
  - Traitements actuels de la douleur
- Examen clinique (neurologique ++)
- ± Examens biologiques, explorations et imagerie à visée diagnostique
- Evaluation de l'état psycho-socio-familial
- Retentissement sur la qualité de vie (QLQ-C30) : Cf SOR Evaluation de la douleur, page 113 et 114, dans le cadre d'études cliniques (recherche) ou d'évaluation oncogériatrique : pas de score.

Outils

Auto-évaluation

- Echelles quantitatives : EVA, EN, EVS
- Echelle qualitative QDSA abrégé
- Questionnaire DN4
- Questionnaire NPSI

Hétéro-évalutation : échelles comportementales

- Echelle Doloplus 2
- Echelle ECPA
- Echelle Algoplus

Auto-évaluation

Pour mesurer une même dimension (intensité de la douleur), utiliser la même échelle lors de l'évaluation initiale et du suivi.

La présentation d'une échelle au patient doit être faite de manière relativement standardisée, avec suffisamment d'explications et après s'être assuré de la bonne compréhension du patient.

Echelles quantitatives mesurant l'intensité de la douleur

Echelle visuelle analogique (EVA)

L'intensité de la douleur peut être définie par un trait tracé sur une échelle :

Pas de douleur
Douleur maximale imaginable
Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante
Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante

Demander au patient d'indiquer par une croix ou un trait sur la ligne de 100 mm, le niveau de sa douleur actuelle.

En cas de difficultés de compréhension de l'EVA, proposer l'échelle numérique (EN) ou l'échelle verbale simple (EVS).

Echelle numérique (EN)

Entourer ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur au moment présent :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	**Douleur maximale imaginable**

Echelle verbale simple peu utilisée : (EVS) cf SOR Evaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteint d'un cancer, rapport intégral, page 14, 23, etpage 96)

	Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?	
0	Douleur absente	/___/
1	Faible	/___/
2	Modéré	/___/
3	Intense	/___/
4	Extrêmement intense	/___/

Echelles qualitatives QDSA abrégé

Les qualificatifs sensoriels ou affectifs précisent la description de la douleur perçue.
Proposer au patient de décrire la douleur telle qu'il la ressent en général.
Lui demander de sélectionner les qualificatifs qui correspondent à ce qu'il ressent.
Dans chaque groupe de mots, lui demander de choisir le mot le plus exact.

Lui demander de préciser la réponse en donnant au qualificatif qu'il a choisi une note de 0 à 4 selon le code suivant :

- 0 / absent, pas du tout
- 1 / faible, un peu
- 2 / modéré, moyennement
- 3 / fort, beaucoup

- 4 / extrêmement fort, extrêmement.

le questionnaire QDSA abrégé (ANAES - Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, page 81 - Février 1999)

Cette échelle est exclusivement qualitative.Il n'y a pas de score pour évaluer le malade.
Elle est utilisée surtout en consultation ou en cas de difficulté diagnostique sur le vécu douloureux du patient.

	0 absent non	1 faible un peu	2 modéré modérément	3 fort beaucoup	4 extrêmement fort extrêmement
Élancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Questionnaire DN4

Le questionnaire permet d'estimer la probabilité d'une douleur neuropathique.
Le questionnaire peut être visualisé ou téléchargé au format PDF.

Questionnaire NPSI

Le questionnaire permet d'évaluer l'efficacité du traitement (utilisé surtout dans le cadre de la recherche clinique).
Le questionnaire peut être visualisée ou téléchargée au format PDF.

Hétéro-évaluation

Les échelles d'hétéro-évaluation sont basées sur une évaluation comportementale de la douleur (exemple : la personne âgée peu ou non communicante).

Echelle Doloplus 2

Ce document peut être visualisé ou téléchargé au format PDF.

Le patient est considéré comme douloureux à partir d'un score de 5 points.

Echelle ECPA

Echelle d'hétéroévaluation de la douleur des soins. Il n'y a pas de score seuil.
L'échelle peut être visualisée ou téléchargée au format PDF.

Echelle Algoplus

Echelle d'hétéroévaluation de la douleur aiguë.
L'échelle peut être visualisée ou téléchargée au format PDF.

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

Question 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

Question 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

Question 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

Question 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 NON = 0 **Score du Patient : /10**

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non »
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D *et al.Pain* 2004 ; 108 (3) : 248-57.

Questionnaire NPSI

(Neuropathic Pain Symptom Inventory - 2004)

Intensité des douleurs spontanées

Q1. Douleur ressentie comme une brûlure ?
Q2. Douleur ressentie comme un étau ?
Q3. Douleur ressentie comme une compression ?
Q4. Douleurs spontanées présentes : en permanence / 8 à 12h / 4 à 7h / 1 à 3h / <1h

Intensité des crises douloureuses

Q5. Crises douloureuses ressenties comme des décharges électriques ?
Q6. Crises douloureuses ressenties comme des coups de couteau ?
Q7. Crises douloureuses présentées ? >20 / 11 à 20 / 6 à 10 / 1 à 5 / aucune

Intensité des douleurs provoquées

Q8. Douleurs provoquées ou augmentées par le frottement sur la zone douloureuse ?
Q9. Douleurs provoquées ou augmentées par la pression sur la zone douloureuse ?
Q10. Douleurs provoquées ou augmentées par le contact avec un objet froid sur la zone douloureuse ?

Intensité des sensations anormales

Q11. A type de picotements ?
Q12. A type de fourmillements ?

10 descripteurs (EN 0 à 10) - Score global : 100
2 items : durée douleurs spontanées / fréquence paroxysmes douloureux
(score / item plus sensible que score global)

(Bouhassira et al. Pain 2004)

Détails pages suivantes

Inventaire des symptômes de la douleur neuropathique : questionnaire NPSI

- Liste de 12 questions élaborée à partir de symptômes (descripteurs subjectifs) considérés comme évocateurs de la douleur neuropathique (validés comme tels au cours de l'élaboration de DN4).
- Auto-questionnaire

  Nous voudrions savoir si vous avez des douleurs spontanées, c'est-à-dire des douleurs en l'absence de toute stimulation. Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de vos douleurs spontanées en moyenne au cours des 24 dernières heures. Entourez le chiffre 0 si vous n'avez pas ressenti ce type de douleur. Veuillez n'entourez qu'un seul chiffre.
- Cotation de l'intensité des symptômes en 11 points ou estimation de leur fréquence :

Q1. Votre douleur est-elle ressentie comme une brûlure ?

Aucune Brûlure	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Brûlure maximale imaginable

- Intensité des douleurs spontanées :
  - Q1. Douleur ressentie comme une brûlure ?
  - Q2. Douleur ressentie comme un étau ?
  - Q3. Douleur ressentie comme une compression ?
  - Q4. Douleur spontanées présentes : en permanence / 8 à 12 h / 4 à 7 h / 1 à 3 h / < 1 h

- Intensité des crises douloureuses :
  - Q5. Crises douloureuses ressenties comme des décharges électriques ?
  - Q6. Crises douloureuses ressenties comme des coups de couteau ?
  - Q7. Crises douloureuses présentées ? > 20 / 11 à 20 / 6 à 10 / 1 à 5 / aucune

- Intensité des douleurs provoquées :
  - Q8. Douleurs provoquées ou augmentées par le frottement sur la zone douloureuse ?

    - Q9. Douleurs provoquées ou augmentées par la pression sur la zone douloureuse ?
    - Q10. Douleurs provoquées ou augmentées par le contact avec un objet froid sur la zone douloureuse ?

- Intensité des sensations anormales :
    - Q11. A type de picotements ?
    - Q12. A type de fourmillements ?

- Calcul des scores
    - Score total (10 questions cotées) sur 100,
    - Sous scores :
        - Brûlures (douleurs spontanées superficielles) :
            - Q1 = ……../10
        - Constriction (douleurs spontanées profondes) :
            - (Q2 + Q3) / 2 = ……../10
        - Douleurs paroxystiques :
            - (Q5 + Q6) / 2 = ……../10
        - Douleurs évoquées :
            - (Q8 + Q9 + Q10) / 3 = ……../10
        - Paresthésies / dysesthésies :
            - (Q11 + Q12) / 2 = ……../10

Nom : ..... Prénom : ..... Service :.....	**EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE** **Echelle Doloplus-2®**

OBSERVATION COMPORTEMENTALE		**Dates**			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	• Pas de plainte..... • Plaintes uniquement à la sollicitation ..... • Plaintes spontanées occasionnelles ..... • Plaintes spontanées continues	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Positions antalgiques au repos	• Pas de position antalgique ..... • Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle..... • Position antalgique permanente et efficace ..... • Position antalgique permanente inefficace	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Protection des zones douloureuses	• Pas de protection ..... • Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins..... • Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou les soins ..... • Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation..	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Mimique	• Mimique habituelle ..... • Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation.. • Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation..... • Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Sommeil	• Sommeil habituel..... • Difficultés d'endormissement ..... • Réveils fréquents (agitation motrice)..... • Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil.....	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

Nom : ..... Prénom : ..... Service :	**EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE** **Echelle Doloplus-2® (suite)**

OBSERVATION COMPORTEMENTALE		**Dates**			
RETENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR					
6. Toilette et/ou habillage	• Possibilités habituelles inchangées..... • Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)..... • Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels ..... • Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Mouvements	• Possibilités habituelles inchangées..... • Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, …)..... • Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade évite ses mouvements) ..... • Mouvements impossibles, toute mobilisation entraînant une opposition.....	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL					
8. Communication	• Inchangée..... • Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)..... • Diminuée (la personne s'isole)..... • Absence ou refus de toute communication.....	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Vie sociale	• Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques)..... • Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation..... • Refus partiel de participation aux différentes activités.... • Refus de toute vie sociale.....	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Troubles du comportement	• Comportement habituel..... • Troubles du comportement à la sollicitation itératifs..... • Troubles du comportement à la sollicitation permanents • Troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Copyright CNRD *www.cnrd.fr*	SCORE				

Le patient est considéré comme douloureux à partir d'un score de 5 points.

Lexique

Afin d'éviter les erreurs d'interprétation linguistique et d'améliorer l'efficience de l'échelle, un lexique est proposé définissant de façon plus précise chacun des items.

Plaintes somatiques
Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris – pleurs – gémissements.

Positions antalgiques
Positions corporelles inhabituelles visant à éviter ou à soulager la douleur.

Protection de zones douloureuses
Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

Mimique
Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du regard (regard fixe, vide, absent, larmes).

Sollicitation
Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc..)

Toilette / Habillage
Evaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

Mouvements
Évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position – transferts – marche, seul ou avec aide.

Communication
Verbale ou non verbale

Vie sociale
Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

Troubles du comportement
Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc.

Conseils d'utilisation

Coter en équipe pluridisciplinaire (au minimum médecin + soignant) pendant la visite, ou en réunion d'équipe.

Intégrer l'échelle dans le dossier de soins du patient.

Coter 0 en cas d'item inadapté (exemple : item 7 pour un malade grabataire en position fœtale).

Ne pas comparer les scores de patients différents.

Réévaluation bi-quotidienne jusqu'à sédation des douleurs.

Réévaluation quotidienne systématique ensuite.

Une courbe des scores peut-être judicieuse et significative.

Si score < 5, on ne peut pas affirmer que le malade est douloureux. Il ne faut pas hésiter à faire un test antalgique diagnostique.

Echelle ECPA

Nom : ..... Prénom : ..... Service : ..... Date :	SCORE TOTAL (sur 32) :

I OBSERVATION AVANT LES SOINS

1° Expression du visage : REGARD et MIMIQUE
- 0 : Visage détendu
- 1 : Visage soucieux
- 2 : Le sujet grimace de temps en temps
- 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé
- 4 : Expression complètement figée

2° POSITION SPONTANEE au repos
(recherche d'une attitude ou d'une position antalgique)
- 0 : Aucune position antalgique
- 1 : Le sujet évite une position
- 2 : Le sujet choisit une position antalgique
- 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique
- 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur

3° MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du patient
(hors et/ou dans le lit)
- 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*
- 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements
- 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*
- 3 : Immobilité contrairement à son habitude*
- 4 : Rareté des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude*

4° RELATION A AUTRUI
Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression …
- 0 : Même type de contact que d'habitude*
- 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude*
- 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude*
- 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude*
- 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*

* : se référer aux jours précédents
** : ou prostration
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

II OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5° Anticipation ANXIEUSE aux soins
- 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété
- 1 : Angoisse du regard, impression de peur
- 2 : Sujet agité
- 3 : Sujet agressif
- 4 : Cris, soupirs, gémissements

6° Réactions pendant la MOBILISATION
- 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière
- 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins
- 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins
- 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins
- 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins

7° Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES
- 0 : Aucune réaction pendant les soins
- 1 : Réaction pendant les soins, sans plus
- 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses
- 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses
- 4 : L'approche des zones est impossible

8° PLAINTES exprimées PENDANT les soins
- 0 : Le sujet ne se plaint pas
- 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui
- 2 : Le sujet se plaint en présence du soignant
- 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne
- 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne

Copyright : CNRD - *www.cnrd.fr*

ALGOPLUS : Evaluation de la douleur

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur : |___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|
(JJ/MM/AAAA)

Heure : |___|___| : |___|___|
(hh : mm)

Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation :

Médecin ❑1 Paraphe :
IDE ❑2
AS ❑3

ALGOPLUS

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Par ligne, coter 1 si un signe ou comportement est présent ↓

1 – Faciès. Froncement des sourcils, grimaces, crispation, rictus, dents serrées, faciès figé **|__|**

2 – Regard. Regard absent, regard implorant **|__|**

3 – Plaintes orales. « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris **|__|**

4 – Corps. Désignation ou protection d'une zone, limitation ou refus de mobilité **|__|**

5 – Comportements inadaptés. Agitation, agressivité, agrippement **|__|**

Score Total |___| / 5

Si score total ≥ 2, le patient est douloureux

Si le score est = 1, le patient sera à réévaluer

Généralités
Mécanismes
Evaluation de la douleur
Tt de la douleur nociceptive
Opioïdes
Tt de la douleur neuropathique
Ttts co-antalgiques
Techniques complémentaires
Techniques interventionnelles
Radiothérapie
Approche psychothérapique
Bibliographie

Page modifiée le : ***7 octobre 2010***

Traitements de la douleur

Principes de traitement

"Le traitement antalgique médicamenteux des douleurs nociceptives chez le malade cancéreux s'appuie en grande partie sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS - WHO). Ces recommandations OMS ont connu une certaine adaptation depuis leur 1ère adaptation en langue anglaise en 1986 (ORGANISATIONMON1986)."
Cf SOR Traitement des douleurs cancéreuses - 2002, page 25.

Les traitements spécifiques oncologiques (chirurgie, chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie, radiothérapie) ont un rôle en tant que traitement symptômatique dans le traitement de la douleur tout au long de la prise en charge, quel que soit le stade de la maladie; par leur action antitumorale. Même en phase palliative, un avis oncologique peut être envisagé.

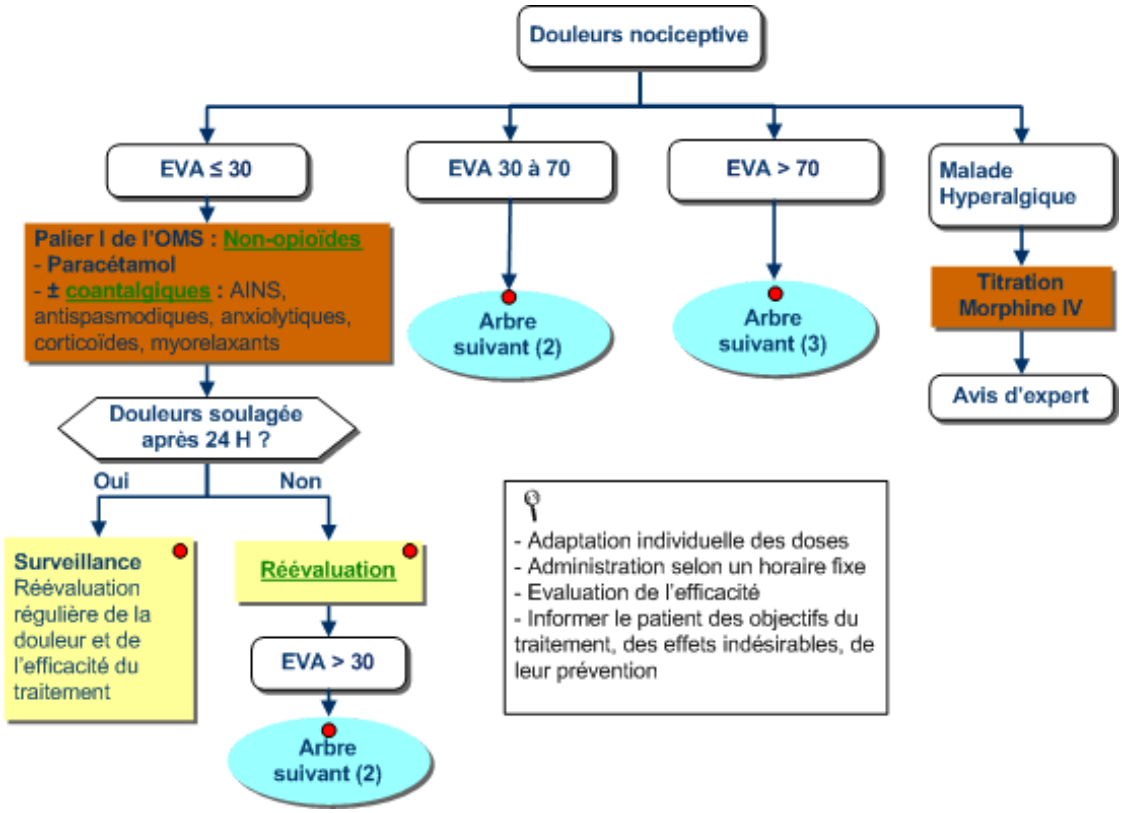
Traitement de la douleur nociceptive

Les recommandations de l'OMS : SOR Traitement des douleurs cancéreuses - 2002, page 28

- Prescription par voie orale
- Prescription à intervalles réguliers
- Prescription en respectant l'échelle de l'OMS à 3 niveaux
- Prescription personnalisée
- Prescription avec un constant souci du détail

L'échelle OMS à 3 niveaux représente une méthode simple, efficace pour assurer une prise en charge de la douleur cancéreuse (ORGANISATIONMON1997). L'utilisation de co-antalgiques doit être envisagée systématiquement à chaque niveau de l'échelle.

Arbres de décision (1,2,3)


Douleurs nociceptive
EVA ≤ 30
EVA 30 à 70
EVA > 70
Malade Hyperalgique
Palier I de l'OMS : Non-opioïdes
- Paracétamol
- ± coantalgiques : AINS, antispasmodiques, anxiolytiques, corticoïdes, myorelaxants
Arbre suivant (2)
Arbre suivant (3)
Titration Morphine IV
Avis d'expert
Douleurs soulagée après 24 H ?
Oui
Non
Surveillance
Réévaluation régulière de la douleur et de l'efficacité du traitement
Réévaluation
EVA > 30
Arbre suivant (2)
- Adaptation individuelle des doses
- Administration selon un horaire fixe
- Evaluation de l'efficacité
- Informer le patient des objectifs du traitement, des effets indésirables, de leur prévention

Les chiffres associés à l'EVA ne sont qu'indicatifs. C'est l'approche clinique qui doit guider la décision thérapeutique.

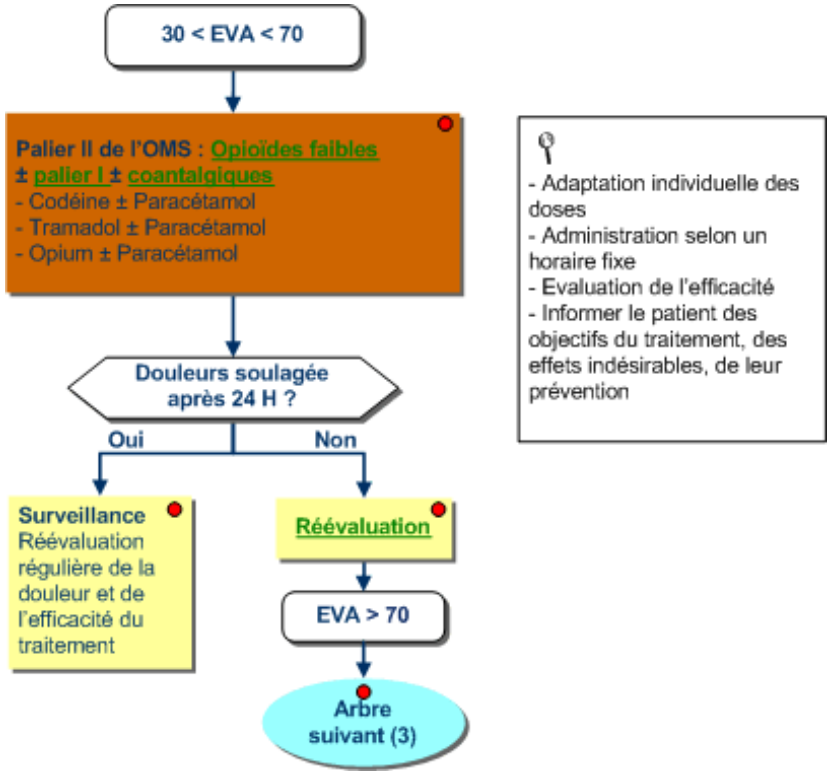
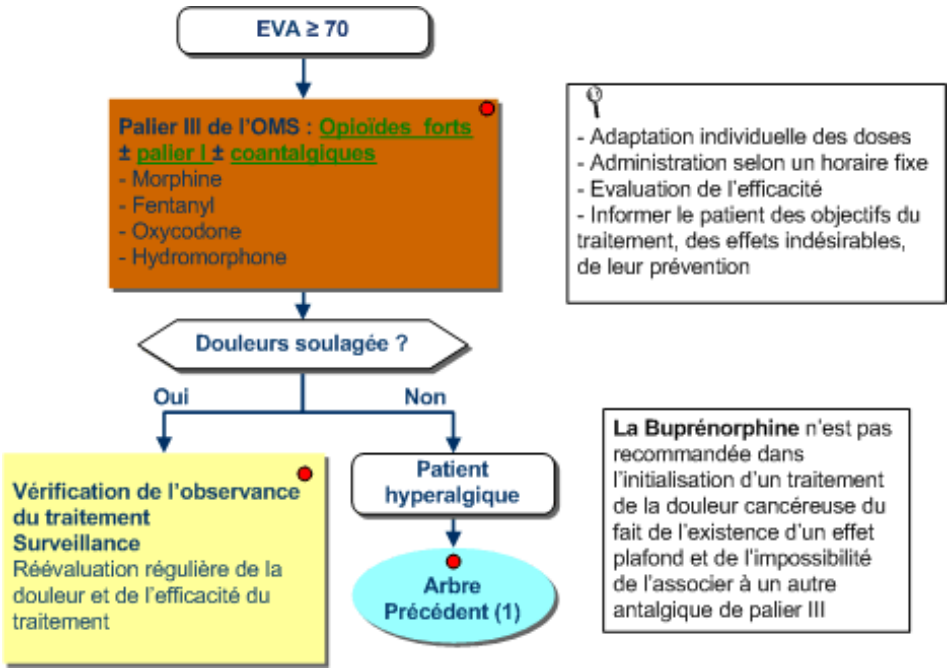

30 < EVA < 70
Palier II de l'OMS : Opioïdes faibles ± palier I ± coantalgiques
- Codéine ± Paracétamol
- Tramadol ± Paracétamol
- Opium ± Paracétamol
Douleurs soulagée après 24 H ?
Oui
Non
Surveillance
Réévaluation régulière de la douleur et de l'efficacité du traitement
Réévaluation
EVA > 70
Arbre suivant (3)
- Adaptation individuelle des doses
- Administration selon un horaire fixe
- Evaluation de l'efficacité
- Informer le patient des objectifs du traitement, des effets indésirables, de leur prévention

Tableau "Palier II : Opioides faibles"

Tableau "Association de paliers"


EVA ≥ 70
Palier III de l'OMS : Opioïdes forts ± palier I ± coantalgiques
- Morphine
- Fentanyl
- Oxycodone
- Hydromorphone
- Adaptation individuelle des doses
- Administration selon un horaire fixe
- Evaluation de l'efficacité
- Informer le patient des objectifs du traitement, des effets indésirables, de leur prévention
Douleurs soulagée ?
Oui
Non
Vérification de l'observance du traitement
Surveillance
Réévaluation régulière de la douleur et de l'efficacité du traitement
Patient hyperalgique
Arbre Précédent (1)
La Buprénorphine n'est pas recommandée dans l'initialisation d'un traitement de la douleur cancéreuse du fait de l'existence d'un effet plafond et de l'impossibilité de l'associer à un autre antalgique de palier III

Prise en charge des douleurs induites ou provoquées

Définition

« La douleur induite se dit d'une douleur de courte durée, causée par le médecin, une thérapeutique, un soin, dans des circonstances de survenue prévisibles et donc susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées » (BOURREAU, 2005).

Deux catégories de douleurs iatrogènes:

- **Immédiates** (aiguës, subaiguës, +/- répétitives)
  - Induites par des soins, gestes à visées diagnostique ou thérapeutique
  - Inhérentes à des traitements (chirurgie, médicaments…)
- **Retardées**: séquelles de certains traitements
  - Chirurgie, médicaments, radiothérapie

Liste des soins et actes générateurs de douleur

Identifier et lister au sein d'un service les soins techniques potentiellement douloureux constitue la première étape de la prévention de la douleur :

- Ponction veineuse ou artérielle,
- Injection intramusculaire ou sous cutanée,
- Prélèvements pulpaires (glycémie),
- Ponction biopsie médullaire,

- Ponction d'ascite, de plèvre,
- Ponction lombaire,
- Fibroscopies,
- Actes de radiologie,
- Pansements,
- Retrait d'adhésifs,
- Mobilisations (toilettes, changes, transferts, brancardages, etc...),
- Aspiration naso - pharyngée,
- Pose et retrait de sonde : gastrique, urinaire,
- Extraction de fécalome,
- Actes de kinésithérapie motrice ou respiratoire,
- Petite chirurgie : suture, curetage.

Cette liste n'est pas exhaustive et dépend de l'activité de chaque service de soins.

Recommandations générales SOR 2005

Il faut évaluer systématiquement la nécessité d'effectuer un geste invasif douloureux.

Tout geste invasif doit être exécuté par une personne formée utilisant un matériel adapté.

Avant l'exécution du geste le patient doit être informé de son caractère douloureux, et doit être consentant et pouvoir exprimer ses préférences quand au choix d'une stratégie antalgique.

La mise en œuvre d'une intervention à visée anxiolytique répond aux mêmes principes. Des molécules à durée d'action courte doivent être privilégiées dans ce contexte.

Une évaluation systématique de la pénibilité du geste pour le patient doit être effectuée. Le résultat de chaque évaluation devra orienter le praticien sur la nécessité éventuelle de reconsidérer la stratégie antalgique à proposer au patient pour le geste suivant.

La mise en œuvre d'une intervention à visée antalgique doit impérativement respecter le délai d'action et tenir compte de la durée d'action de l'intervention retenue.

Les traitements

- **1. Anesthésie locale**
  - Par application locale mélange prilocaïne-lidocaïne (Emla®)
    - Application 1 à 2 heures avant le geste,
    - Profondeur de l'anesthésie en fonction de la durée d'application (3 mm à 1heure,

5 mm à 2 heures),

- Contre indications exceptionnelles en dehors de l'allergie, plaie, radiothérapie.

- Par infiltration de xylocaïne, pour une anesthésie plus profonde
  - Respecter le délai d'action,
  - Association des deux possible.

2. Prémédication par voie générale

- **Antalgique : palier 3**
  - Respecter le délai d'action : 1 heure per os, 30 min S/C, 10 min IV,
  - Respecter la posologie : 5 à 10 mg de morphine orale, 5 mg S/C ou IV si patient naïf de morphine, une interdose de 1/6ème à 1/10ème si traitement de fond,
  - Associer un anti-émétique si besoin.
- **Anxiolytique si besoin en plus selon les modalités habituels, par exemple :**
  - Demi-vie courte : Xanax® ou Hypnovel®,
  - Respecter le délai d'action.

3. Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA, Kalinox®, Entonox®)

- Analgésique de surface et anxiolytique,
- Effet optimal après 3 minutes d'inhalation,
- Disparition de l'effet en quelques minutes à l'arrêt de l'inhalation,
- Associations possibles : antalgiques et anxiolytiques,
- Contres indications rares : HTIC, pneumothorax, occlusion digestive,
- Respecter les consignes patients : masque transparent, garder le contact verbal,
- Respecter les conditions de stockage et d'utilisation [aération de la pièce, pas de contact pour les femmes enceintes soignantes (surtout le 1er trimestre de grossesse) ou non soignantes],

Autres techniques non médicamenteuses (hypnose, relaxation) peuvent être associées.

Le bon usage des médicaments lors des soins douloureux

NB : Retrait progressif du Dextropropoxyphène, Di-Antalvic®

Accès douloureux paroxystiques

Définition

L'accès douloureux est une exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère, chez des malades présentant des douleurs persistantes habituellement maîtrisées par un traitement antalgique de fond.
Ce terme est choisi par les experts comme la traduction de *breakthrough pain* défini initialement comme « une variation importante, en termes d'intensité, d'une douleur de fond, chronique, bien contrôlée par un traitement opiacé » [PORTENOY1990A].

On peut différencier des accès prévisibles (mouvement, miction … *incident pain*) et des accès non prévisibles (exacerbations de douleurs somatiques ou viscérales). Dans glossaire SOR 2002 TT p 96

Certains auteurs réduisent cette définition aux pics douloureux avec ou sans traitement de fond, ou à n'importe quelle douleur aiguë transitoire cancéreuse ou non (Hanks 1998, Petzke 2001 Svensden 2005)
Le groupe de travail préfère s'en tenir à la définition des SOR 2002 et propose de la compléter ainsi « une douleur transitoire, sévère, intense et brève, spontanée ou provoquée
Zeppetella et Portenoy 2008

Quant à l' « accès douloureux paroxystique », il est spécifique à la France, sa définition est assimilable à la précédente.

Caractéristiques :

- survenue rapide
- pic d'intensité en 3 min
- durée moyenne 30min
- 90% des épisodes douloureux durent moins d'une heure
- survenue plusieurs fois dans la journée

Traitement

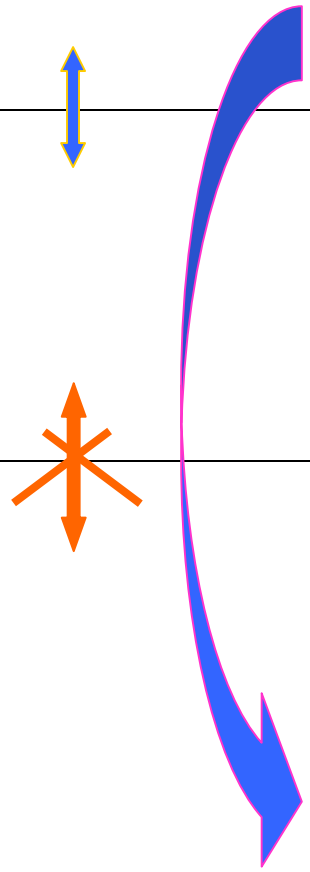
Les accès douloureux ne doivent pas être confondus avec des douleurs de fin de dose.
Il est fonction du type d'accès douloureux :

- si douleur de fin de dose : réadapter le traitement morphinique de fond et les interdoses.
- Accès douloureux prévisible :
  - Prévention non médicamenteuse
  - Traitement préventif par morphiniques
  - Utilisation d'anesthésiques locaux en topiques
  - Utilisation du MEOPA
- Accès douloureux imprévisible :
  - Utilisation des morphiniques d'action rapide (Actiq®, Effentora®, Abstral®, Instanyl®)
  - Penser aux techniques non pharmacologiques : cimentoplastie, cryothérapie...

Palier II de l'OMS : Opioïdes faibles

DCI	SPECIALITES (liste non exhaustive)	POSOLOGIE	SURVEILLANCE
CODEINE	DICODIN®	60 mg toutes les 12 heures.	- Surveillance de la constipation, - Si insuffisance hépato-rénale, 50 % de la dose, - Interactions avec tout médicament agissant sur le SNC, - Nausées, - Somnolence.
CODEINE + PARACETAMOL	CODOLIPRANE® DAFALGAN CODEINE® EFFERALGAN CODEINE® …	2 comprimés de 500 mg toutes les 4 à 6 heures.	
OPIUM + CAFEINE + PARACETAMOL	LAMALINE®	Gélules : 1 à 2 toutes les 4 heures. Maximum 10 gélules par jour. Suppositoires : 2 à 3 par jour. Maximum 6 suppositoires / jour	- Surveillance de la constipation, Non recommandé : dosage d'opioïdes en dessous des doses validées. - Si insuffisance hépato-rénale, 50 % de la dose, - Interaction avec tout médicament agissant sur le SNC, - Possibilité d'insomnie (caféine).
TRAMADOL	**Voie orale :** MONOCRIXO® LP **Voie orale :** TOPALGIC® LI, LP : CONTRAMAL® LI, LP.	1 prise toutes les 24 h. 400 mg par jour en 2 prises 200 à 400 mg par jour	- Surveillance de la constipation, - Si insuffisance hépato-rénale 50 % de la dose, - Interactions avec tout médicament agissant sur le SNC, - Vertiges, - Nausées, - Céphalées, - Somnolence.
	Voie parentérale : Ampoule de 100 mg pour 2 ml. CONTRAMAL® TOPALGIC®	Délai d'action : 20' Une perfusion de 100 mg toutes les 4 à 6 heures. Posologie maximale 600 mg par 24 heures.	
TRAMADOL + PARACETAMOL	IXPRIM® ZALDIAR® (forme effervescente pauvre en Na intérêt pour GEP)	1 à 2 comprimés toutes les 6 heures. Délai d'action : 30'	- Même que tramadol et paracétamol.

Associations des paliers

Associations des paliers	Niveau	Traitement
	Palier I	**PARACETAMOL (Attention à la forme effervescente qui contient du sel)** - **Per os** : DAFALGAN®, DOLIPRANE®, EFFERALGAN®, …) : 1 gramme toutes les 6 heures. **Maximum 4 à 6 g / 24 heures.** - **Voie parentérale** : PERFALGAN® 1 gramme. **Maximum 4 g / 24 heures.**
	Palier II	**OPIOIDES FAIBLES (ASSOCIES OU NON AVEC PARACETAMOL)** - **Codéine** : CODOLIPRANE®, EFFERALGAN® CODEINE, DAFALGAN® CODEINE … - **Opium** : LAMALINE®, contient de la caféine, comprimé et suppositoires, - **Tramadol + Paracétamol**, IXPRIM® ZALDIAR® : 1 à 2comprimé(s) toutes les 4 à 6 heures. **Maximum 6 à 8 /24 heures.** ✓ Tramadol LI à 50 mg et LP à 50, 100, 150, 200 mg : ZAMUDOL®, CONTRAMAL®, TOPALGIC®, MONOCRIXO® … ✓ Takadol LI 100 mg sécable effervescent ✓ Tramadol soluté, ✓ Dihydrocodéine LP (12 heures) : DICODIN®.
	Palier III	**OPIOIDES FORTS** - **Morphine LP (durée d'action : 12 heures)** ✓ MOSCONTIN® : comprimés à 10, 30, 60, 100 et 200 mg à avaler sans croquer, ni sucer, ni piler. ✓ SKENAN® : gélules à 10, 30, 60, 100 et 200 mg. - **Morphine LI (durée d'action : 4 heures)** ✓ ACTISKENAN® gélules à 5, 10, 20, 30 mg. ✓ SEVREDOL® comprimés à 10 à 20 mg. ✓ ORAMORPH® (solution buvable, en dosettes) : 10, 30 et 100 mg. ✓ ORAMORPH® (solution liquide, en gouttes) : 4 gouttes = 5 mg. ✓ MORPHINE / voie parentérale continue ou discontinue (SC, IV) : ampoule de 1, 10, 20, 50, 100, 200, 400 et 500 mg/ml. • **Fentanyl** - **Dispositif transdermique :** Fentanyl Chlorhydrate (DUROGESIC®, MATRIFEN®) à 12, 25, 50, 75 et 100 µg/h. - **Dispositif transmuqueux :** ACTIQ® bâtonnets : 200, 400, 600, 800, 1200 et 1600 µg/h. - **Spray nasal :** INSTANYL® : 50, 100, 200 µg/h. - **Comprimé sub-lingual :** ABSTRAL® : 100, 200, 300, 400, 600 et 800 µg/h. - **Comprimé gingival :** EFFENTORA® : 100, 200, 400, 600 et 800 µg/h. • **Oxycodone** - **LP** (durée d'action : 12 heures) : OXYCOTIN® à 5, 10, 20, 40, 80 et 120 mg. - **LI** (Durée d'action : 4 heures) : OXYNORM®, gélules à 5, 10 et 20 mg ; OXYNORMORO® sublingual ou per os : 5, 10 et 20 mg - **Voie parentérale** : OXYNORM® (IV ou SC) : 10, 20, 50 et 200 mg. • **Hydromorphone** **A LP** (durée d'action : 12 heures) : SOPHIDONE® à 4, 8 16 et 24 mg.

LA DOULEUR N'EST PAS UNE FATALITÉ

Soins douloureux
Le bon usage des médicaments au bon moment

Le meilleur moment pour exécuter un soin se situe quand l'agent antalgique déploie son plein effet (approximativement entre le pic plasmatique et la 1/2 vie). Ce tableau a été élaboré en fonction des données pharmaceutiques disponibles.

On peut faire le soin. Maximum d'efficacité.

On ne doit pas faire le soin.

On peut commencer à faire le soin. Début d'action, mais elle n'est pas à son maximum.

	Molécules	Spécialités	Voie d'administration	Prise Méd.	15 mn	30 mn	45 mn	**1 h**	15 mn	30 mn	45 mn	**2 h**	15 mn	30 mn	45 mn	**3 h**	**4 h**
Pallier 1	Paracétamol	Doliprane®, Efferalgan® gel. à 500 mg	per os														
		Perfalgan® amp. à 1 g	IV														
	Kétoprofène	Profénid® gel. à 100 mg	per os														
		Profénid® amp. à 100 mg	IV														
	Nefopam	Acupan® amp. à 20 mg	IV														
Pallier 2	Dextropropoxyphène	Di-Antalvic® 1 gel	per os														
	Codéine	Efferalgan codéiné® 1 cp.	per os														
	Tramadol	Topalgic®, Contramal®, gel. à 50 mg LI	per os														
		Topalgic®, Contramal®, Amp. à 100 mg	IV														
Pallier 3	Morphine	Morphine à 10 mg	SC														
		Sevredol® (cp.) 10-20 mg, Actiskénan® (cap.) 5-10-20 mg	per os														

Hôpital Avicenne
125, rue de Stalingrad
93009 Bobigny Cedex

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Document de base: CLUD Hôpital Tenon AP-HP adapté pour l'Hôpital Avicenne - Graphidire

Généralités
Mécanismes
Evaluation de la douleur
Tt de la douleur nociceptive
Opioïdes
Tt de la douleur neuropathique
Ttts co-antalgiques
Techniques complémentaires
Techniques interventionnelles
Radiothérapie
Approche psychothérapique
Bibliographie

Page modifiée le : ***9 novembre 2010***

Utilisation des opioïdes chez l'adulte

Rappel du bon usage des opioïdes :
Les 5 recommandations OMS

Et aussi :

- Informer le patient des objectifs du traitement et obtenir son adhésion,
- Prévenir les effets indésirables du traitement,
- Prescription systématique d'interdoses si accès douloureux,
- Informer le patient des risques liés à la conduite automobile, s'assurer de la compréhension des informations par le patient et s'assurer de la traçabilité de l'information,
- Organiser une réévaluation systématique dans les 48H.

Indications

- Patients non calmés par des traitements antalgiques de palier II de l'OMS ou douleurs majeures.

L'utilisation des opioïdes à libération immédiate est recommandée pour les patients « fragiles » (grand âge, mauvais état général, insuffisance rénale ou hépatique, hypoprotidémie ...)

Opioïdes à libération immédiate : cf tableau d'association de paliers

Morphine

Indications : Douleurs persistantes, intenses ou rebelles aux autres antalgiques, en particulier douleurs d'origine cancéreuse.

Oxycodone

Indications : Traitement des douleurs sévères qui ne peuvent être correctement traitées que par des analgésiques opioïdes forts ; en particulier dans les douleurs d'origine cancéreuses.

Fentanyl

Indications : Traitement des accès douloureux paroxystiques chez des patients recevant déjà un traitement de fond morphinique

Opioïdes à libération prolongée

Sulfate de morphine (MOSCONTIN®, SKENAN®)

Indications : Initiation d'un traitement sauf chez les patients « fragiles » (cf. ci-dessus)
Relais d'un traitement morphinique à libération immédiate (dose pour dose).

Hydromorphone (SOPHIDONE®)

Indications : Traitements des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, intenses ou rebelles aux autres antalgiques.
Rotation des opioïdes en cas d'antalgie insuffisante ou d'effets secondaires avec d'autres opioïdes.
Pour les interdoses : morphine ou oxycodone à libération immédiate.

Fentanyl transdermique (DUROGESIC®, MATRIFEN®)

Indications : Traitements des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, intenses ou rebelles aux autres antalgiques, en cas de douleurs stables.
Pour les interdoses : morphine ou oxycodone à libération immédiate.
La dose maximale recommandée est de 400 µg/h.

Oxycodone (Oxycontin®)

Indications : Traitement des douleurs sévères qui ne peuvent être correctement traitées que par des analgésiques opioïdes forts ; en particulier dans les douleurs d'origine cancéreuses.

Mise en route d'un traitement opioïde : Morphine par exemple

- **"Initiation du traitement par la morphine à libération immédiate**

La dose de départ recommandée par le groupe d'experts pour des personnes échappant aux antalgiques de niveau 2 OMS est de 10 mg par prise toutes les 4 heures. Cela correspond à une dose totale de 60 mg par jour de morphine. Cette dose est également recommandée en cas de recours d'emblée au niveau 3 OMS pour des douleurs très intenses.
En cas de douleurs mal soulagées, le malade peut prendre une dose de 5 à 10 mg (environ 10 % de la dose journalière) toutes les heures sans dépasser 4 prises successives en 4 heures avant d'en référer au médecin.
Si le malade n'est pas soulagé après ces 4 prises successives, une réévaluation éventuellement en hospitalisation est nécessaire.
Si le malade prend régulièrement plus de 3 ou 4 doses supplémentaires réparties dans la journée (hors douleurs des soins), ces interdoses doivent être intégrées dans la dose totale quotidienne de morphine après 1 à 2 jours de traitement. Cette intégration se fera de façon individuelle en tenant compte de l'efficacité du traitement.

Chez les malades fragiles, toutes les posologies sont réduites de moitié et/ou espacées. Sont considérés comme des malades « fragiles » par le groupe d'experts, les malades présentant une ou a fortiori plusieurs des caractéristiques suivantes : grand âge, mauvais état général (par exemple performance status OMS égal ou supérieur à 3), insuffisance rénale ou hépatique, hypoprotidémie ...
En matière de prescription, la prise en compte de ces caractéristiques obéit au respect du principe

de sécurité.
Une auto-évaluation (notamment à domicile) ou une hétéro-évaluation quotidienne, voire pluriquotidienne, est nécessaire afin de juger de l'efficacité antalgique et de détecter les effets indésirables.
Chez les malades équilibrés sous morphine LI depuis 2 à 3 jours, il est recommandé de prescrire une morphine à libération prolongée. La dose quotidienne totale doit être répartie en une prise toutes les 12 heures (Moscontin®, Skénan®).
La morphine à libération immédiate doit être prescrite parallèlement pour la prévention et le contrôle des accès douloureux prévisibles ou non prévisibles (interdoses).

Initiation du traitement par la morphine à libération prolongée
Il est possible de commencer par de la morphine à libération prolongée d'emblée (30 mg matin et soir) après un passage par un niveau 2 OMS bien conduit. Cette dose est également recommandée en cas de recours d'emblée au niveau 3 OMS pour des douleurs très intenses. La morphine à libération immédiate est associée chez ces malades pour équilibrer le traitement comme précisé dans le paragraphe précédent. La morphine à libération prolongée n'est pas recommandée d'emblée chez les malades fragiles. Néanmoins, si elle est utilisée, les doses seront réduites [EUROPEANASSOCIA1993] [INTURRISI1993].

Titration ultérieure
Il peut être nécessaire d'augmenter ultérieurement la dose de morphine. La mise à disposition de forme à libération immédiate permet une augmentation plus fine que l'augmentation des doses par paliers d'environ 50 % recommandée par l'OMS [ORGANISATIONMON1997]. Aujourd'hui, la morphine à libération immédiate permet une adaptation du traitement plus rapide et plus sûre. Si le malade doit prendre régulièrement plus de 3 à 4 interdoses par jour (interdoses de 10 % de la dose journalière ; hors douleurs des soins), ces interdoses doivent être intégrées dans la dose totale quotidienne de morphine après 2 à 3 jours environ.
Si le malade est totalement soulagé mais que les effets indésirables sont trop gênants, il faut se poser la question d'une diminution de la dose de morphine à libération prolongée.

Dans tous les cas, chez un malade traité auparavant par un autre opioïde fort, la dose de départ doit être adaptée en tenant compte des coefficients de conversion de doses équiantalgiques." (Voir ci-dessous).

Cf SOR Traitement des douleurs cancéreuses - 2002, pages 43-44

Si l'antalgie est insuffisante, malgré une augmentation progressive des doses bien conduite jusqu'à plusieurs grammes par jour et avec une utilisation correcte des interdoses (les effets indésirables étant contrôlés), il faut :

- vérifier l'observance du traitement
- identifier la présence d'une composante neuropathique et la traiter
- revoir les traitements coantalgiques
- évaluer la composante anxio-dépressive
- effectuer soit :
  - une rotation d'opioïdes par changement de la molécule,
  - changer de voie d'administration de l'opioïde.

Pour rédiger les ordonnances de titration : cf SOR Traitement des douleurs cancéreuses - 2002, page 54-55

Rotation des opioïdes

La rotation des opioïdes se définit par le changement d'un opioïde par un autre et se pratique en cas de diminution du ratio bénéfice / risque.

Indications

L'indication principale de la rotation des opioïdes est la survenue d'effets indésirables rebelles (en particulier : troubles des fonctions cognitives, hallucinations, myoclonies et nausées), malgré un traitement symptomatique adéquat (le plus souvent lors de fortes doses d'opioïdes).

L'autre indication de la rotation est la survenue heureusement exceptionnelle d'un phénomène de résistance aux opioïdes, défini non seulement par une absence d'efficacité de l'opioïde, mais également par une absence d'effet indésirable malgré une augmentation massive et rapide des doses de l'opioïde.

Il est possible de réaliser une rotation des opioïdes entre tous les agonistes purs : morphine, fentanyl, hydromorphone, oxycodone.

La survenue d'effets indésirables lors de l'augmentation des doses chez un malade n'implique pas systématiquement une rotation des opioïdes.
Pour réaliser une rotation, il n'existe pas de critères de choix validés permettant de privilégier l'ordre ou le choix des opioïdes en dehors des précautions d'emploi et contre-indications de chacun.

La rotation doit tenir compte des doses équiantalgiques, mais il est toujours conseillé de privilégier la sécurité à la rapidité d'action en prenant la valeur la plus faible des coefficients de conversion.

Document SOR 2002 TTP.77

Les études récentes doivent rendre prudent lors de l'utilisation des tables d'équiantalgie.

Avant d'effectuer une conversion il est important de considérer :

- La présence d'insuffisance hépatique ou rénale,
- Le sexe, l'âge, la race (données génétiques),
- Les variations individuelles

Lors d'une rotation, les recommandations suivantes peuvent être proposées

Conversion d'un opioïde à un autre

- Calculer la posologie du nouvel opioïde à partir d'une table d'équiantalgie
- En dehors de la conversion versus fentanyl transdermique réduire la valeur de conversion de 25 à 50%.

Le choix de réduction de 25% ou 50% tiendra compte de l'état clinique du patient et de la dose de l'opioïde initial :

- Dose élevée chez un patient fragile, jeune âge, personne âgée : réduction de 50% de la valeur de conversion
- Si le patient ne présente pas ces caractéristiques, la conversion pourra se faire avec une réduction de 25% de la conversion proposée

- Si conversion versus fentanyl transdermique la dose peut être calculée en fonction des RCP du fabricant.

Suivi du traitement

- Réévaluer l'intensité de la douleur, l'efficacité du traitement, les caractéristiques du patient. Un second ajustement +/_ 15 à 30% peut être nécessaire.
- Appliquer les stratégies de réévaluation et de titration : en augmentant les doses si besoin par paliers de 10% par jour.

Arrêt d'un traitement par opioïde per os

- Diminuer progressivement les doses par palier de 25 % environ dans un premier temps puis diminution en fonction de la clinique.

Opioïdes injectables

Morphine injectable

Indications

- en première intention, si douleur sévère nécessitant un traitement rapide ou si la voie orale est impossible ;
- en seconde intention, si douleur ou effets secondaires non contrôlés avec un traitement PO.

Titration de la morphine IV

- Bolus IV de 1 à 3 mg de morphine,
- Réinjection à intervalle régulier, toutes les 5 à 10 minutes jusqu'à obtention d'un certain soulagement de la douleur évaluée par l'échelle EN ou EVA (EVA ≤ 30), ATTENTION : pas d'équivalence entre les 2 échelles.
- Surveillance de l'apparition d'une sédation (échelle de sédation : RUDKIN) et/ou d'une dépression respiratoire évaluée par une échelle de respiration.
- Surveillance de la TA.

Echelle de sédation (RUDKIN)	Echelle de respiration
S1 = patient complètement éveillé et orienté	R0 = normale et FR > 10
S2 = patient somnolent	R1 = ronflement et FR > 10
S3 = patient avec les yeux fermés mais répondant à l'appel	R2 = irrégulière ou FR < 10
S4 = patient avec les yeux fermés mais répondant à une stimulation tactile légère (traction de l'oreille)	R3 = pause, apnée
S5 = patient avec les yeux fermés mais ne répondant pas à une stimulation tactile lègère.	

- Pas de dose plafond si bonne tolérance,

- Entretien par des faibles doses répétées de morphine calculées à partir de la qualité initiale nécessaire pour soulager le patient.

En cas de surdosage la situation est réversible par la Naloxone (NARCAN®), antagoniste des opioïdes.

Maniement de la morphine

Détermination des doses : principe de conversion

- Morphine IV / morphine orale = 1/3.
- Morphine SC / morphine orale = 1/2.
- Calcul des interdoses de morphiniques à LI.
- Les interdoses de morphiniques LI seront calculées comme suit, et réévaluées.

Interdoses de morphiniques LI per os SEVREDOL®, ACTISKENAN®, OXYNORM®, ORAMORPH®.	1/6 à 1/10 de la dose orale des 24 heures

Il est recommandé d'observer un intervalle d'une heure entre les interdoses et de ne pas administrer plus de 3 interdoses durant les 4 heures. Evaluation par l'échelle EN ou EVA, si EVA > 30, ne pas refaire d'interdoses sans appeler le médecin

ATTENTION : pas d'équivalence entre les 2 échelles EN et EVA.

Oxycodone injectable

Indications

Traitement des douleurs sévères qui ne peuvent être correctement traitées que par des analgésiques opioïdes forts ; en particulier dans les douleurs d'origine cancéreuses.

Autres opioïdes

Les autres opioïdes (Nubain®, Azerty®) n'ont pas d'interêt dans le traitement de la douleur cancéreuse.

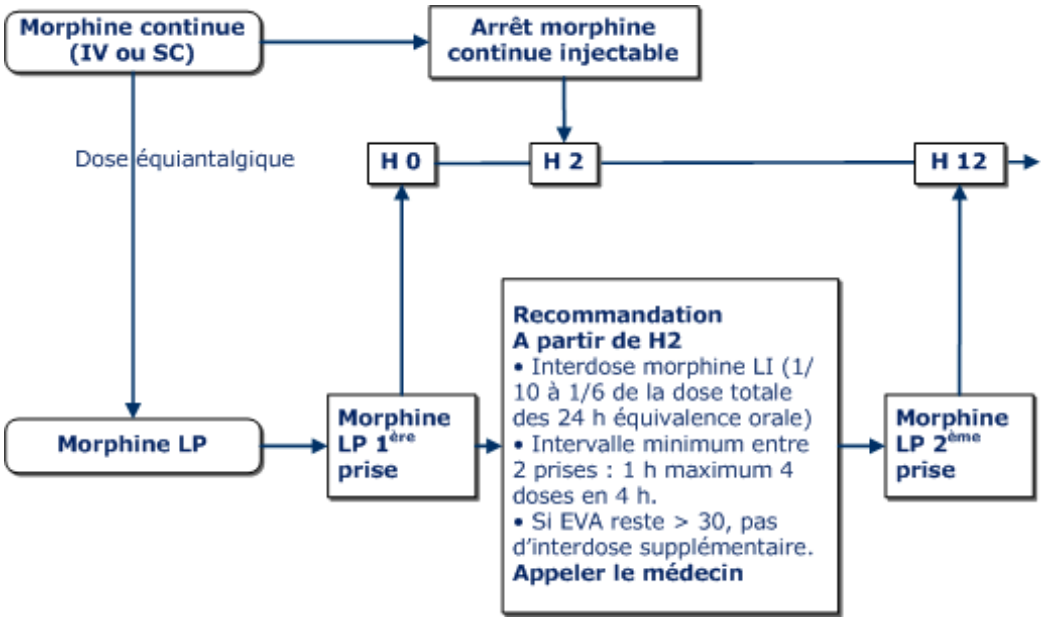
Doses équi-antalgiques approximatives de différents antalgiques de palier 3

DCI	Produits	Estimation de l'équivalence avec la morphine orale	
Fentanyl transdermique	DUROGESIC®, MATRIFEN®	25 µg de fentanyl, patch pour 72 heures	60 mg de morphine orale par 24 heures
Hydromorphone	SOPHIDONE®	4 mg d'hydromorphone	30 mg de morphine orale
Oxycodone	OXYCONTIN® OXYNORM®	1 mg d'oxycodone	2 mg de morphine orale

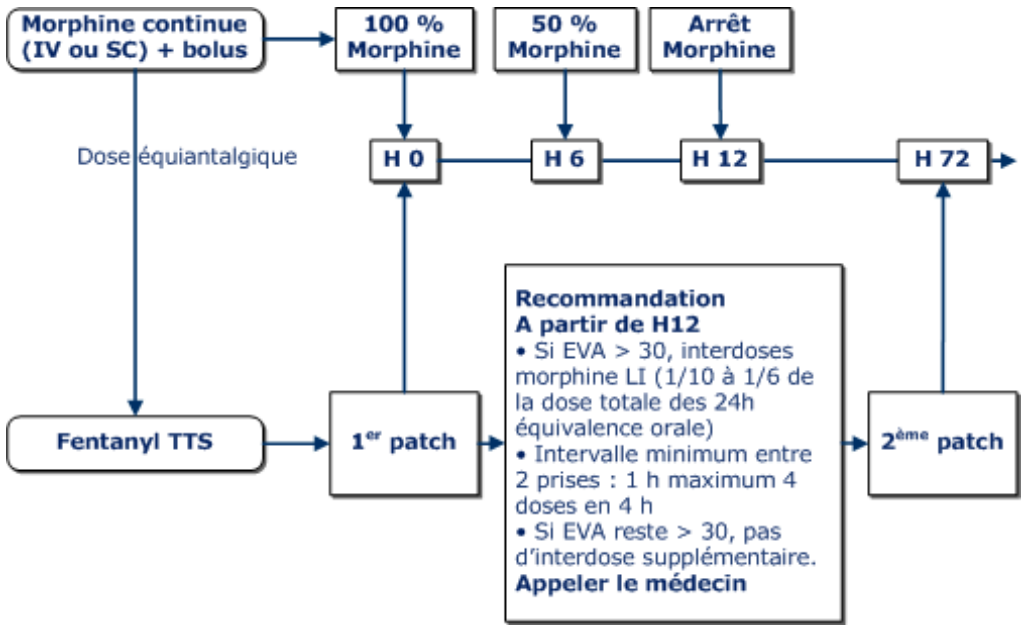
- Tableau d'équivalence des opioïdes

Planification des relais : cf tableaux suivants

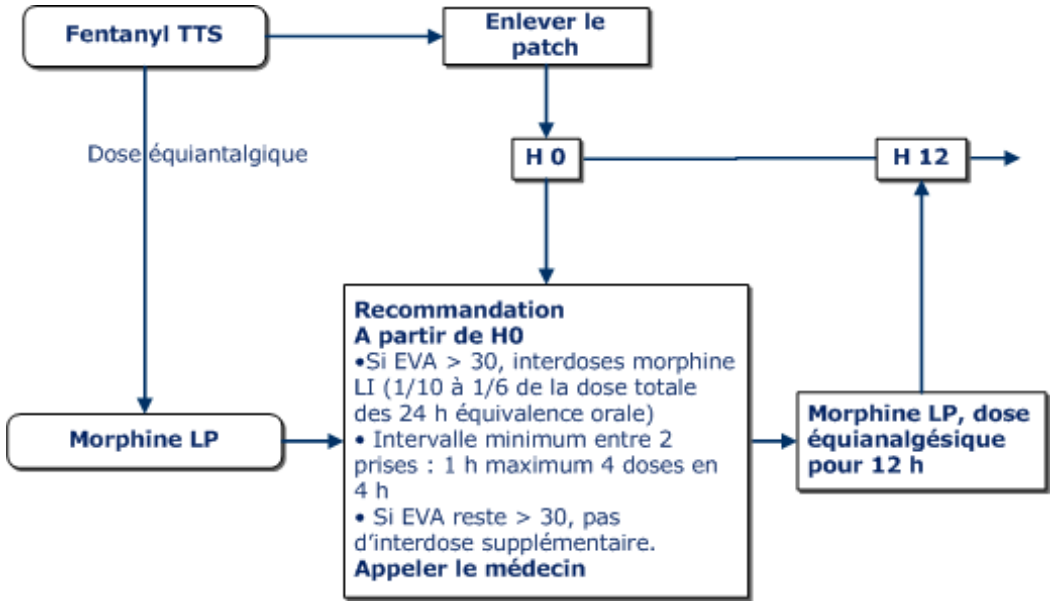
Morphine injectable PSE ou PCA (IV ou SC) vers morphine orale LP


Morphine continue (IV ou SC)
Arrêt morphine continue injectable
Dose équiantalgique
H 0
H 2
H 12
Recommandation
A partir de H2
• Interdose morphine LI (1/10 à 1/6 de la dose totale des 24 h équivalence orale)
• Intervalle minimum entre 2 prises : 1 h maximum 4 doses en 4 h.
• Si EVA reste > 30, pas d'interdose supplémentaire.
Appeler le médecin
Morphine LP
Morphine LP 1ère prise
Morphine LP 2ème prise

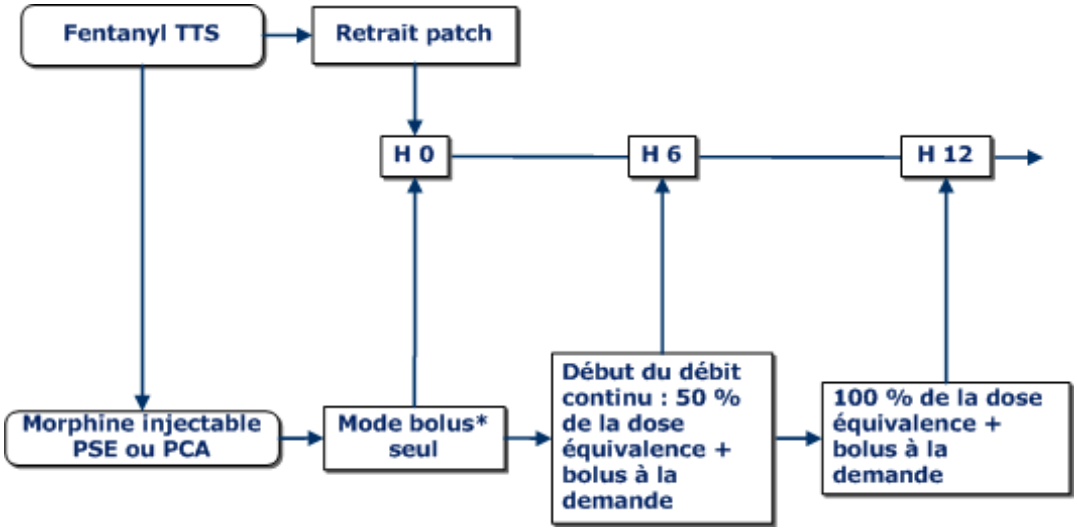
Morphine injectable PSE ou PCA (IV ou SC) vers patch de Fentanyl TTS


Morphine continue (IV ou SC) + bolus
100 % Morphine
50 % Morphine
Arrêt Morphine
Dose équiantalgique
H 0
H 6
H 12
H 72
Recommandation
A partir de H12
• Si EVA > 30, interdoses morphine LI (1/10 à 1/6 de la dose totale des 24h équivalence orale)
• Intervalle minimum entre 2 prises : 1 h maximum 4 doses en 4 h
• Si EVA reste > 30, pas d'interdose supplémentaire.
Appeler le médecin
Fentanyl TTS
1er patch
2ème patch

Fentanyl TTS vers morphine LP


Fentanyl TTS
Enlever le patch
Dose équiantalgique
H 0
H 12
Recommandation
A partir de H0
•Si EVA > 30, interdoses morphine LI (1/10 à 1/6 de la dose totale des 24 h équivalence orale)
• Intervalle minimum entre 2 prises : 1 h maximum 4 doses en 4 h
• Si EVA reste > 30, pas d'interdose supplémentaire.
Appeler le médecin
Morphine LP
Morphine LP, dose équianalgésique pour 12 h

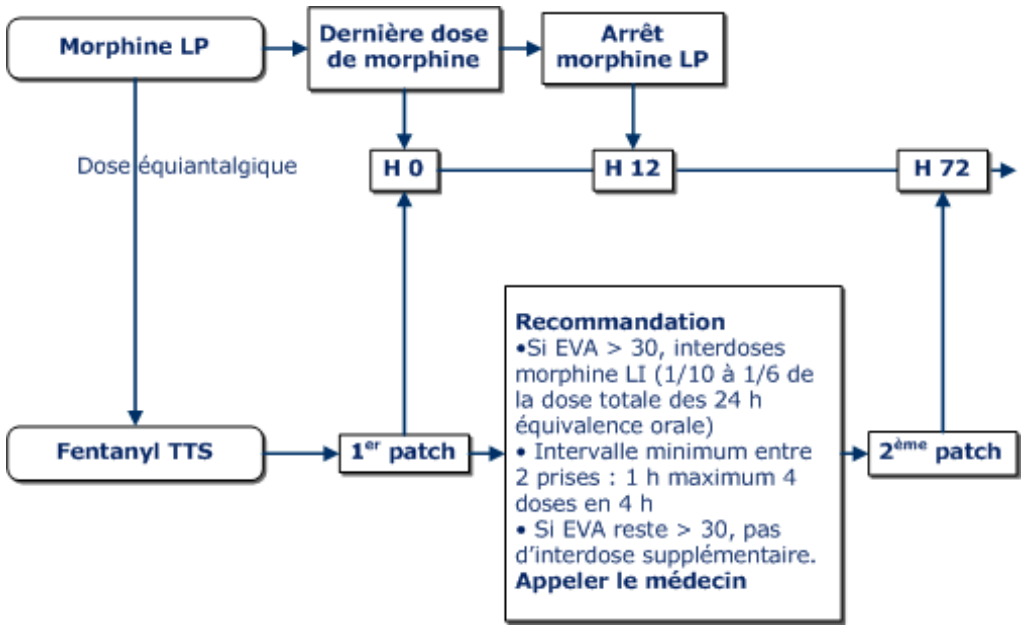
Fentanyl TTS vers morphine injectable PCA ou PSE (IV ou SC)


Fentanyl TTS
Retrait patch
H 0
H 6
H 12
Morphine injectable PSE ou PCA
Mode bolus* seul
Début du débit continu : 50 % de la dose équivalence + bolus à la demande
100 % de la dose équivalence + bolus à la demande

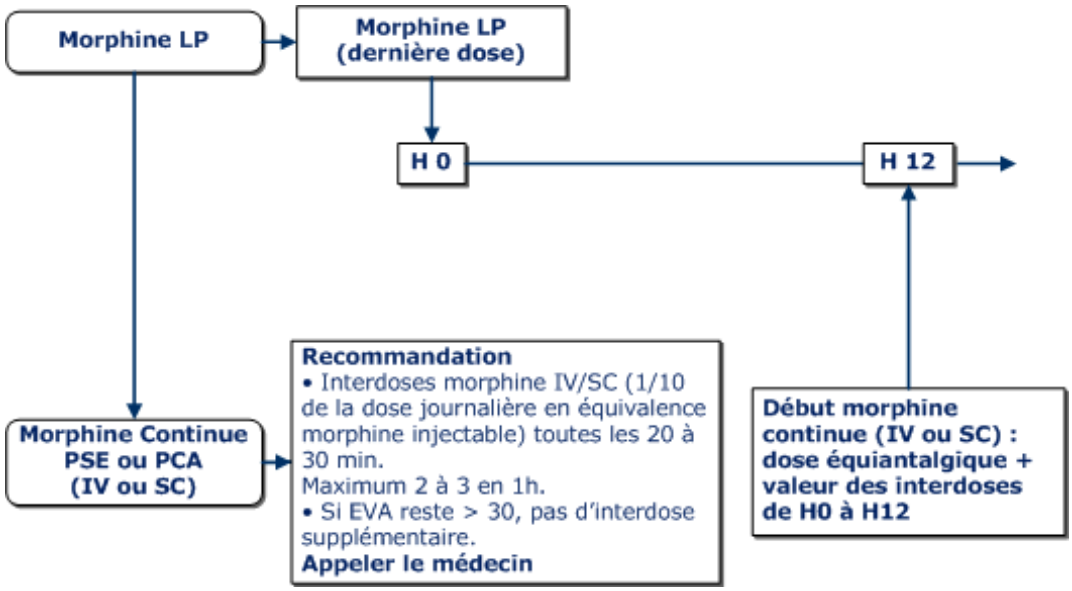
* En l'absence d'un débit continu pendant les 12 premières heures et en raison du risque d'obstruction de la voie veineuse centrale, il est recommandé de faire une perfusion d'hydratation en parallèle

Réévaluation régulière de la douleur du patient et réadaptation des doses

Morphine LP vers patch de Fentanyl TTS


Morphine LP
Dernière dose de morphine
Arrêt morphine LP
Dose équiantalgique
H 0
H 12
H 72
Recommandation
•Si EVA > 30, interdoses morphine LI (1/10 à 1/6 de la dose totale des 24 h équivalence orale)
• Intervalle minimum entre 2 prises : 1 h maximum 4 doses en 4 h
• Si EVA reste > 30, pas d'interdose supplémentaire.
Appeler le médecin
Fentanyl TTS
1er patch
2ème patch

Morphine orale vers morphine injectable PCA ou PSE (IV ou SC)


Morphine LP
Morphine LP (dernière dose)
H 0
H 12
Recommandation
• Interdoses morphine IV/SC (1/10 de la dose journalière en équivalence morphine injectable) toutes les 20 à 30 min.
Maximum 2 à 3 en 1h.
• Si EVA reste > 30, pas d'interdose supplémentaire.
Appeler le médecin
Morphine Continue PSE ou PCA (IV ou SC)
Début morphine continue (IV ou SC) : dose équiantalgique + valeur des interdoses de H0 à H12

Si le patient est très douloureux, on peut débuter le débit continu à H0.

PCA

Principes généraux de prescription

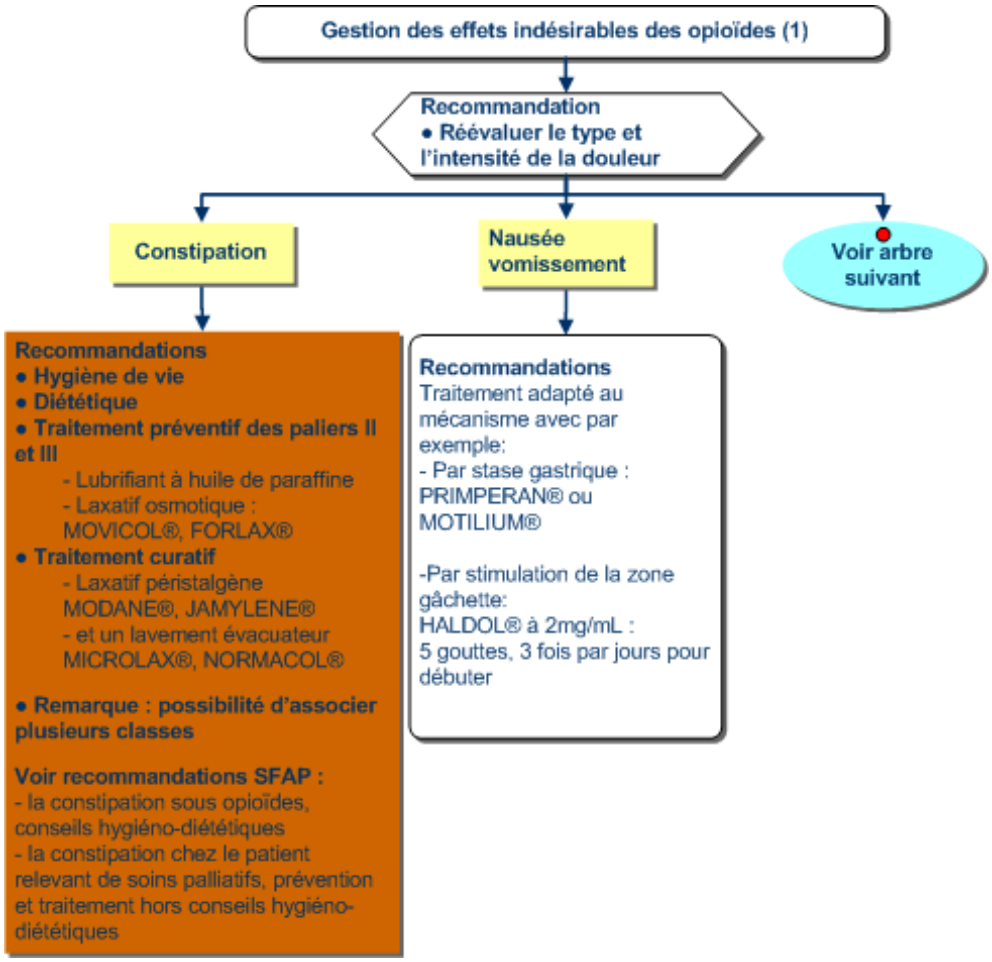
Voir la "Titration IV"

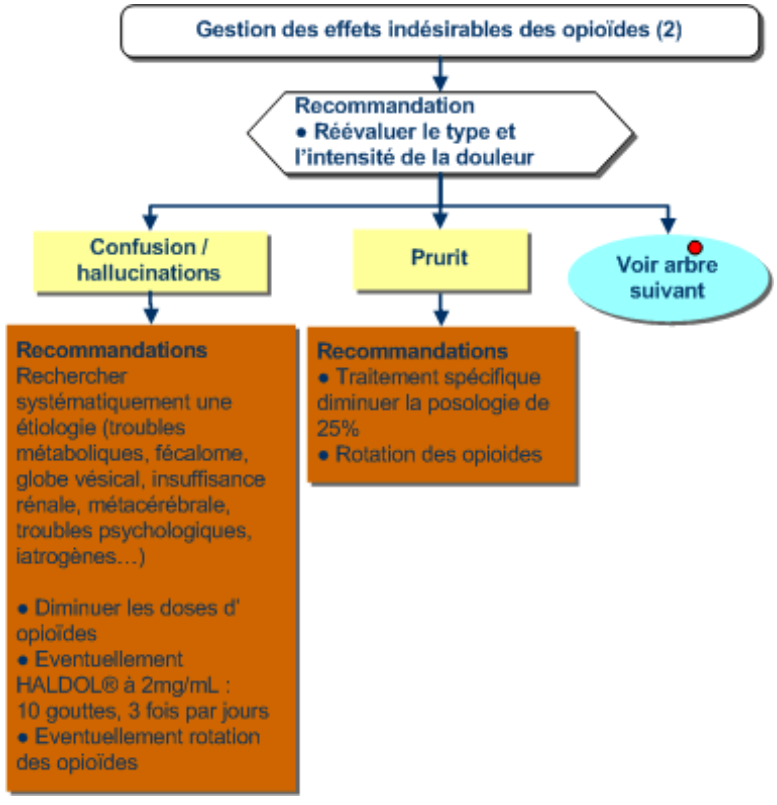
Fiches techniques

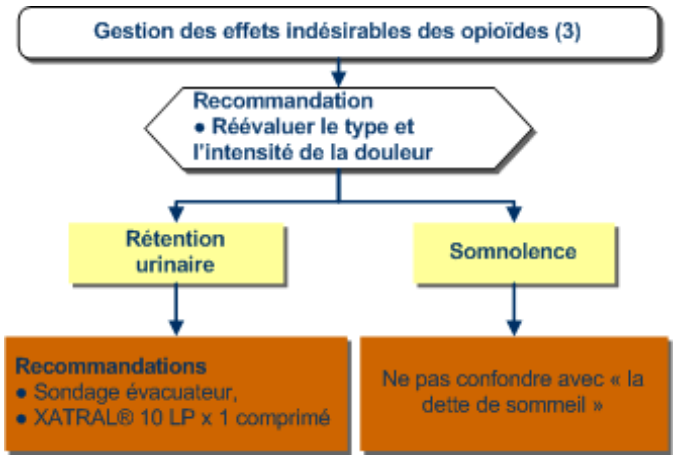
Fiche 1 - Fiche 2 - Fiche 3

Prise en charge des effets indésirables

Les plus fréquents en début de traitement sont la constipation, les nausées / vomissements, les troubles dysphoriques, la somnolence. Apparaissent plus volontiers en cours de traitement le prurit, la rétention urinaire, les hallucinations,... Cf SOR traitement de la douleur cancéreuse p45 et suivantes


Gestion des effets indésirables des opioïdes (1)
Recommandation
• Réévaluer le type et l'intensité de la douleur
Constipation
Nausée vomissement
Voir arbre suivant
Recommandations
• Hygiène de vie
• Diététique
• Traitement préventif des paliers II et III
- Lubrifiant à huile de paraffine
- Laxatif osmotique : MOVICOL®, FORLAX®
• Traitement curatif
- Laxatif péristalgène MODANE®, JAMYLENE®
- et un lavement évacuateur MICROLAX®, NORMACOL®
• Remarque : possibilité d'associer plusieurs classes
Voir recommandations SFAP :
- la constipation sous opioïdes, conseils hygiéno-diététiques
- la constipation chez le patient relevant de soins palliatifs, prévention et traitement hors conseils hygiéno-diététiques
Recommandations
Traitement adapté au mécanisme avec par exemple:
- Par stase gastrique : PRIMPERAN® ou MOTILIUM®
-Par stimulation de la zone gâchette:
HALDOL® à 2mg/mL :
5 gouttes, 3 fois par jours pour débuter


Gestion des effets indésirables des opioïdes (2)
Recommandation
• Réévaluer le type et l'intensité de la douleur
Confusion / hallucinations
Prurit
Voir arbre suivant
Recommandations
Rechercher systématiquement une étiologie (troubles métaboliques, fécalome, globe vésical, insuffisance rénale, métacérébrale, troubles psychologiques, iatrogènes…)
• Diminuer les doses d' opioïdes
• Eventuellement HALDOL® à 2mg/mL : 10 gouttes, 3 fois par jours
• Eventuellement rotation des opioïdes
Recommandations
• Traitement spécifique diminuer la posologie de 25%
• Rotation des opioïdes


Gestion des effets indésirables des opioïdes (3)
Recommandation
• Réévaluer le type et l'intensité de la douleur
Rétention urinaire
Somnolence
Recommandations
• Sondage évacuateur,
• XATRAL® 10 LP x 1 comprimé
Ne pas confondre avec « la dette de sommeil »

Surdosage opioïdes

C'est le risque principal, bien qu'exceptionnel si les règles de prescription sont bien suivies. On le reconnaît devant une somnolence importante et l'apparition d'une dépression respiratoire avec bradypnée à moins de 10 inspirations/mn.

Protocole

- Si score de sédation RUDKIN=2 (somnolent) et FR < 10/mn : appeler le médecin pour réadapter le traitement
- Si score de sédation RUDKIN > ou = 3 (yeux fermés répondant à l'appel) et FR < 8/mn :
    - appeler le médecin, arrêter le traitement opioïde, oxygène, stimuler le malade.
    - préparer une seringue de l'antidote : la NALOXONE (NARCAN®, NALOXONE®, NALONE®) : 1 ampoule de 0,4mg/1mL + 9mL de sérum physiologique à utiliser en IVD ou S/C si voie IV impossible :
        - On injecte 1mL toutes les 2 minutes soit 0,04mg jusqu'à restauration d'un rythme respiratoire suffisant, FR > 10/mn.
        - Puis perfusion dose titration dans 250mL sur 3 à 4 heures (Cf. Vidal)
- Garder une voie d'abord
- Au delà de 4h, importance de la surveillance.

C'est la clinique et le contexte qui feront poser ou non l'indication de la NALOXONE tant les conséquences sont pénibles pour le patient avec reprise brutale des douleurs et risque d'agitation par syndrôme de manque.

Tableau d'équivalence

Morphine LP orale mg / 24 heures	**Fentanyl Patch / 72 heures DUROGESIC® MATRIFEN®**	**OXYCODONE LP orale mg / 24 heures OXYCONTIN**	**Hydromorphone LP orale mg / 24 heures SOPHIDONE**	**Morphine IV mg / 24 heures = OXYNORM IV**	**Morphine LI SC mg/ 24 heures**
20 **(10.0.10)**		10 **(5.0.5)**		6,5	10
30 **(15.0.15)**	12 µg / h			10	15
40 **(2x10.0.2x10)**		20 **(10.0.10)**			20
60 **(30.0.30)**	25 µg / h	30 **(15.0.15)**	8 **(4.0.4)**	20	30
80 **(30+10.0.30+10)**		40 **(20.0.20)**		25	40
120 **(60.0.60)**	50 µg / h	60 **(20+10.0.20+10)**	16 **(8.0.8)**	40	60
160 **(60+2x10.0.60+2x10)**		80 **(40.0.40)**		50	80
180 **(60+30.0.60+30)**	75 µg / h		24 **(8+4.0.8+4)**	60	90
240 **(60+60.0.60+60)**	100 µg / h	120 **(40+20.0.40+20)**	32 **(16.0.16)**	80	120
Etc…	**Ne pas dépasser 4 x 100 µg / h**	**Etc…**	**Remarque** : 2ème intention si tolérance ou effet II à la morphine	**Etc…**	**Etc…**

Fiches pompes PCA

Fiche 1 : PRESCRIPTION de PCA CADD Legacy

Nom – Prénom : **Date de naissance :** **(ou étiquette)**	Produit : Morphine Qté par ampoule :------mg de Morphine Nbre ampoules :---------	**Voie d'abord** **Péridurale** **IV** **SC** **Site de pose :**

	Prescription initiale	**Modification de Prescription**
	Date :	**Date :**
Avant de programmer Verrou position LLO Verrou Puis code: 63 Verrou puis Suivant	**Débit Horaire** :----------mg/h soit ----------mg/24 h de morphine	**Débit Horaire** :----------mg/h soit ----------mg/24 h de morphine
	Dose de bolus en mg : ----------	**Dose de bolus** en mg : ----------
	Période réfractaire : délai minimum entre 2 bolus :-------min	**Période réfractaire :** délai minimum entre 2 bolus :-------min
	Nbre bolus/H :	**Nbre bolus/H :**
	Prescripteur : **Signature**	**Prescripteur :** **Signature**
	Programmation	**Programmation**
1er écran	**Volume résiduel** : ------ml Entrer puis Suivant	**Volume résiduel** : ------ml Entrer puis Suivant
2ème écran	**Unités milligrammes** Entrer puis Suivant	**Unités milligrammes** Entrer puis Suivant
3ème écran	**Concentration** : ------mg/ml Entrer puis Suivant	**Concentration** : ------mg/ml Entrer puis Suivant
4ème écran Débit horaire	**Débit continu :** ------mg/h Entrer puis Suivant	**Débit continu :** ------mg/h Entrer puis Suivant
5ème écran Dose bolus	**Dose sur demande :** -----mg Entrer puis Suivant	**Dose sur demande :** -----mg Entrer puis Suivant
6ème écran	**Verrou de dose : Période réfractaire** Entre 2 bolus :-------min Entrer puis Suivant	**Verrou de dose : Période réfractaire** Entre 2 bolus :-------min Entrer puis Suivant
7ème écran	**Dose par heure :** -----/h Entrer puis Suivant	**Dose par heure :** -----/h Entrer puis Suivant
8ème écran **Nbre bolus reçus**	**Remettre à O :** Entrer puis Suivant (touche RAZ)	**Remettre à O :** Entrer puis Suivant (touche RAZ)
9ème écran **Essai de bolus**	**Remettre à O :** Entrer puis Suivant (touche RAZ)	**Remettre à O :** Entrer puis Suivant (touche RAZ)
10ème écran **Dose reçu**	**Remettre à O :** Entrer puis Suivant (touche RAZ)	**Remettre à O :** Entrer puis Suivant (touche RAZ)
	Sous Programme " Biomédical " : verrou puis Code 063 puis Entrer puis Suivant	
11ème écran **Détecteur air**	Choisir avec flèches puis Entrer puis Suivant	Choisir avec flèches puis Entrer puis Suivant
12ème écran **Capteur**	Choisir avec flèches puis Entrer puis Suivant	Choisir avec flèches puis Entrer puis Suivant
	Durée de remplissage :----------jours	**Durée de remplissage :**----------jours
Programmateur	**Nom :** **Signature :**	**Nom :** **Signature :**
Après avoir purgé le microperfuseur avec Purge et écran purger puis -------- faire suivant Mettre Verrou en LL2 Code 63, Avant de mettre pompe en route		**Au VERSO** **CONSIGNES DE MAINTENANCE** **NOTES SUR LES ALARMES**

CONSIGNES DE MAINTENANCE

AVANT TOUTE MANIPULATION : ARRETER LA POMPE :

POMPE LEGACY
Maintenir marche/arrêt enfoncée jusqu'à l'apparition des 3 traits, puis du mot " arrêt " à l'écran, idem pour la remise en route (disparition des trois traits ; puis apparition du mot " marche "

* **PILES :** à changer une fois par semaine (souvent plus, tous les 4-5 jours quand signal « pile faible ».
  NB : le fait de remplacer les piles ne déprogramme pas la pompe / prévoir des piles d'avance.

* **TUBULURES :** s'assurer qu'il n'y a pas d'obstruction (coude, clamps), coupures

* **POINT DE PONCTION :** à changer au moindre doute : érythème, induration, œdème, mauvaise diffusion du produit. S'il n'y a pas de problème local, on doit changer tous les 3 jours avec une SC. Pour " voie centrale ", suivre les protocoles du CLIN.

* **SURVEILLANCE DU VOLUME RESIDUEL de morphine dans la cassette** : affiché en ML à l'écran.

NOTES SUR LES ALARMES

Air dans tubulure : l'écran affiche : air détecté ; pour arrêter l'alarme, appuyer sur Suivant ou Arrêt/Marche ; déverrouiller la pompe et purger le système désadapté du patient.

Occlusion : l'écran affiche : une haute pression, il suffit de lever l'obstacle et la pompe se remet en marche immédiatement.

Réservoir vide : l'écran affiche un débit bas, changer la cassette rapidement.

Piles : l'écran affiche piles faibles. **Si Alarme à 2 tonalités sans message** : piles retirées

CHANGEMENT DE LA CASSETTE

Pour retirer une cassette usagée

1. Arrêter la pompe.
2. Fermer tous les clamps de la tubulure.
3. Déconnecter la tubulure du patient.
4. Utiliser la clé pour déverrouiller la cassette usagée.
5. Retirer et jeter la cassette usagée.

Pour mettre en place une nouvelle cassette

1. Fermer tous les clamps de la tubulure.
2. Insérer les crochets de la nouvelle cassette sur les charnières de la pompe.
3. Placer la pompe avec la cassette sur une surface ferme et appuyer sur le dessus de la pompe pour que la cassette soit bien calée contre elle.
4. Insérer la clé dans le bouton de blocage, enfoncer et tourner jusqu'à ce que le repère du bouton soit aligné avec la flèche sur le coté de la pompe.
5. Tourner délicatement et tirer sur la cassette pour s'assurer qu'elle est bien fixée.
6. Appuyer sur la touche ENTRER/RAZ pour rétablir le volume résiduel au volume de départ, si nécessaire.
7. Si le détecteur d'air est utilisé, former une petite boucle avec la tubulure à la sortie de la cassette pour en faciliter l'introduction dans la fente du détecteur d'air et la passer sous la patte. Bien vérifier que la tubulure est positionnée dans l'encoche à la sortie du capteur.

Fiche 2 : PRESCRIPTION de PCA GEMSTAR-ABBOT

Nom - Prénom **Date de naissance** **(ou étiquette)**	**Produit :** **Qte par amp :-------mg** **Nbre d'ampoules :**	**Voie d'abord** **IV SC Péridurale** **Site de pose :**

	Prescription initiale	**Modification de Prescription**
Avant de programmer: Mise en place réservoir et tubulure purgée	**Date :**	**Date :**
Mise sous tension : Bouton sous marque Gemstar **Autotest** : 30s **Déverrouillage voir verso** Inscription à l'écran : Util piles, entrée pour confirmer puis apparition du 1er écran	**Débit Horaire** :----------mg/h soit ----------mg/24h de morphine	**Débit Horaire** :----------mg/h soit ----------mg/24h de morphine
	Dose de bolus en mg : ----------	**Dose de bolus** en mg : ----------
	Période réfractaire : délai minimum entre 2 bolus :-------min	**Période réfractaire :** délai minimum entre 2 bolus :-------min
	Nbre bolus/heure :	**Nbre bolus/heure :**
	Prescripteur : **Signature**	**Prescripteur :** **Signature**

	Programmation	**Programmation**
1er écran	**Faire 3 pour effacement ancien programme et historique**	Faire **CHANGE** puis **3,** puis dérouler le programme.**Valider avec ENTREE** **Changer avec CHANGE** et **Valider avec ENTREE** la valeur désirée
2ème écran :type administration	**Choisir chiffre (le plus souvent 3) :** **CONT+BOLUS**	
3ème écran unité de mesure	**Choisir 1 : mg/ml**	
4ème écran concentration	**Taper un chiffre sur le clavier** mg/ml puis Entrée	
5ème écran débit de base	**Taper un chiffre sur le clavier** mg/h puis Entrée	**Taper un chiffre sur le clavier** mg/h puis Entrée
6ème écran programmer dose de charge ?	**Choisir le plus souvent NON à taper (voir avec prescripteur)**	
7ème écran dose de bolus	**Taper chiffre puis Entrée**	**Taper chiffre puis Entrée**
8ème écran période interdiction	**Taper chiffre en minutes puis Entrée**	**Taper chiffre en minutes puis Entrée**
9ème écran choisir limite	**Taper chiffre** **Souvent 3 : bolus/heure**	
10ème écran nombre bolus/h	**Taper chiffre puis Entrée**	**Taper chiffre puis Entrée**
11ème écran taille réservoir en mg	**Taper la dose en chiffre ___ mg conversion automatique en ml puis Entrée**	**Taper la dose en chiffre : conversion automatique en mg puis Entrée**
12ème écran détection air	**Choisir le mode prescrit** **Si 3 : désactivée confirmer** par Entrée	**Choisir le mode prescrit** **Si 3 : désactivée confirmer** par Entrée
	Durée de remplissage :----------jours	**Durée de remplissage :**----------jours
Programmateur	**Nom et Signature :**	**Nom et Signature :**
REVUE PROGRAMME avec flèche puis Entrée et donc		**Au VERSO : NOTES sur : MAINTENANCE/Voir HISTORIQUE**

SAUVEGARDE PROGRAMME ; VERROUILLAGE voir Verso et Purger la tubulure DEBUT PERFUSION : appuyer DEBUT	LES ALARMES/ Chgt CASSETTE VERROUILLAGE/DEVERROUILLAGE

CONSIGNES DE MAINTENANCE

AVANT TOUTE MANIPULATION : ARRETER LA PERFUSION : Bouton : **FIN/DEBUT**

*** PILES (2 piles LR6):** à changer toutes les 72h ou après alarme « piles faibles ». Remplacer les piles ne déprogramme pas la pompe. Prévoir des piles d'avance.

*** SURVEILLANCE DU VOLUME RESIDUEL de morphine dans la poche** : affiché en ml à l'écran.

NOTES SUR LES ALARMES en fonction des MESSAGES

APPUYER SUR SILENCE pour ARRETER L'ALARME

" AIR DANS TUBUL " : arrêt automatique pompe, faire **SILENCE** puis **FIN**. Débrancher la tubulure du patient puis **PURGE**. Reconnecter la tubulure au patient puis DEBUT.

" OCCLUSION DIST " : faire **SILENCE** puis **FIN. Rechercher la cause en AVAL de la pompe** (tubulure, clampage…). Reprendre perfusion avec **DEBUT.**

" OCCLUSION PROX " : faire **SILENCE** puis **FIN. Rechercher la cause en AMONT de la pompe** (tubulure, occlusion réservoir, réservoir vide…). Reprendre perfusion avec **DEBUT.**

" PRESQUE VIDE " : la perfusion sera terminée dans 30 minutes ou au bolus suivant. Faire **SILENCE :** arrêt de l'alarme pendant 10 minutes **Donc changer réservoir, voir procédure ci-dessous.**

" PILES FAIBLES " : Faire **SILENCE :** arrêt de l'alarme pendant 15 minutes puis **FIN**. **Remplacer les 2 piles**. Pour reprendre perfusion : **DEBUT**.

" CHANGER PILES " : Arrêt automatique de la pompe. **Remplacer les 2 piles**. Remettre sous tension la pompe : **Bouton** sous marque Gemstar. Pour reprendre perfusion : **DEBUT**.

VERROUILLAGE-DEVEROUILLAGE

DEVEROUILLAGE/VEROUILLAGE

Si appareil perfuse faire **FIN** puis **OPTION** puis **3**

3 choix : 1 : modification débit (M)
2 : verrou réservoir (N)
3 : verrou clavier intégral (I), le plus souvent choisir 3

Entrer code confidentiel : **13 000**, affichage à l'écran : " CLAVIER DEVERR ".

Idem pour Verrouiller : options puis 3 puis 3 puis 13 000

Quand Déverrouillage : cadenas disparaît et Quand Verrouillage : cadenas apparaît en bas à gauche.

VOIR UN HISTORIQUE

Faire **OPTION** puis **2** : " accès lignes historiques ", descendre jusqu'à 6 avec flèche et faire défiler par **FLECHE**, par pressions successives, faire **RETOUR**, pour revenir à l'écran de base.

CHANGEMENT DU RESERVOIR

1) Déverrouiller/Verrouiller voir procédure plus haut.
2) Faire FIN puis CHANGE puis **2** : " NOUVEAU RESERVOIR ", à l'écran : " APPUYER DEBUT POUR PERFUSER ".
SI PROCEDURE REALISEE LORS D'UN PROGRAMME EN COURS : le volume restant à perfuser dans la mémoire est réincrémenté, à hauteur du volume total à perfuser de l'ancien programme.

FICHE DE SURVEILLANCE PCA : DOULEUR CHRONIQUE

Date									
Heure surveillance /___ H Infirmière (nom lisible)									
Fréquence respiratoire (si FR < 8/mN dépression respiratoire)									
EVA (0 à 100 mm)									
Sédation 1 : éveillé 2 : éveillable (verbale) 3 : éveillable (tactile) 4 : non éveillable									
Effets secondaires - constipation (C) - vomissements, nausées(V) - prurit (P) - rétention urinaire (RU)									
Volume résiduel (mL)									
Bilan /24h (matin) + Remise à zéro des doses reçues et tentées **(en systématique)**	Nb de doses reçues = Nb de doses tentées =			Nb de doses reçues = Nb de doses tentées=			Nb de doses reçues = Nb de doses tentées =		
Dose totale en mg tous les matins (permet de savoir la quantité restante de morphine dans la cassette)	Dose totale =			Dose totale =			Dose totale =		
Recharge cassette	OUI NON			OUI NON			OUI NON		
Remise à zéro de la dose totale **au changement de cassette**									

DEPISTAGE DES EFFETS INDESIRABLES DES OPIOIDES

- Constipation,
- Nausée et / ou vomissements,
- Bouche sèche,
- Hallucinations et / ou cauchemars,
- Myoclonies,
- Rétention urinaire,
- Somnolence**.**

DEPISTAGE D'UN SURDOSAGE DES OPIOIDES

FR < 10 + sédation importante **(patient non réveillable par une stimulation tactile)**

- **Arrêt de la morphine**
- **Prévenir le médecin traitant**
- **Antidote naloxone à discuter**
- **Oxygénothérapie si possible**

- Généralités
- Mécanismes
- Evaluation de la douleur
- Tt de la douleur nociceptive
- Opioïdes
- Tt de la douleur neuropathique
- Ttts co-antalgiques
- Techniques complémentaires
- Techniques interventionnelles
- Radiothérapie
- Approche psychothérapique
- Bibliographie

Page modifiée le : ***7 octobre 2010***

Traitement de la douleur neuropathique

- Information du patient :
  - Mécanismes de la douleur,
  - Traitements : plurimodaux, durée prolongée, effets indésirables possibles.
- Objectifs thérapeutiques réalistes :
  - Soulagement, mais pas toujours guérison,
  - Amélioration de la qualité de vie et limitation du handicap,
  - Usage combiné de thérapeutiques diverses, dont non médicamenteuses,
  - Persistance des signes liés au déficit sensitif (engourdissement, paresthésies).
- Traitement médicamenteux :
  - Instauration progressive par titration,
  - Polythérapie fréquente,
- Prise en charge propre de comorbidité :
  - Anxiété,
  - Dépression.

Recommandations de grade A

1. Traitement dont l'efficacité a été établie dans plusieurs étiologies :

- **Antidépresseurs tricycliques mixtes** : ANAFRANIL®, TOFRANIL®, LAROXYL® / ELAVIL®.
- **Antiépileptiques modulateurs des canaux** calciques : NEURONTIN® / LYRICA®.
- *Efficacité démontrée dans de nombreuses études*

- *Efficacité globalement similaire et quelle que soit l'étiologie :*
    - Douleur continue,
    - Douleur paroxystique.
- **Opioïdes forts** : oxycodone / morphine

2. Traitements dont l'efficacité a été établie dans un nombre restreint d'étiologie :

- Duloxétine : polyneuropathie diabètique,
- Tramadol : polyneuropathies diabètiques et autres polyneuropathies sensitives.
- Emplâtre de lidocaïne VERSATIS® 5% (délivrance hospitalière) :
    - Douleur post-zostérienne,
    - Autres mononeuropathies sensitives : allodynie mécanique.

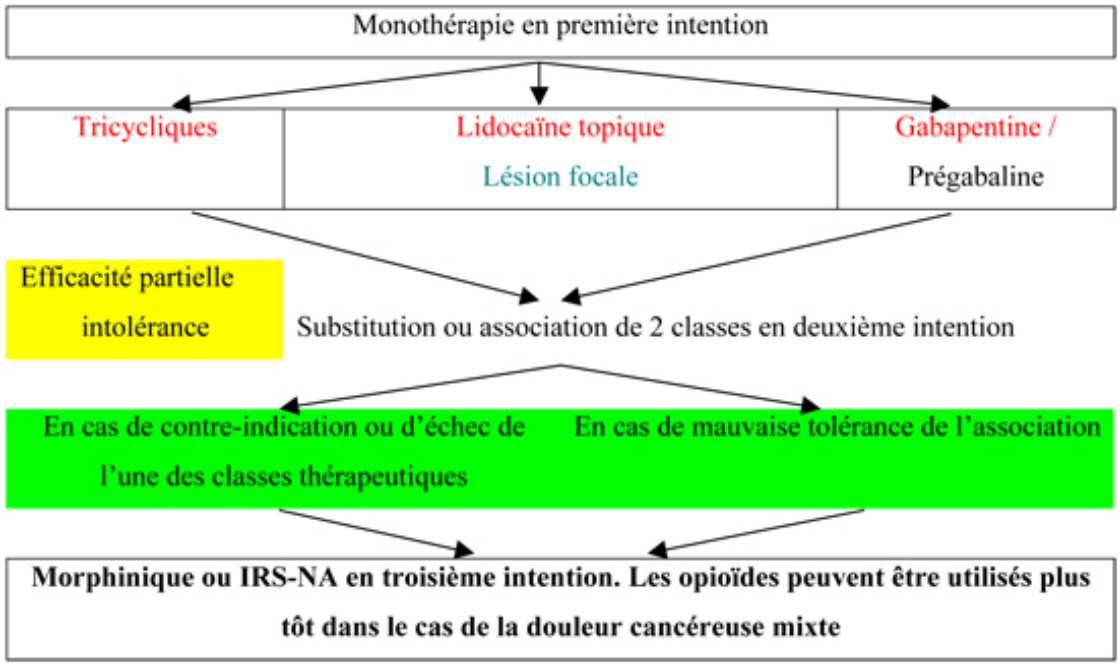
Recommandations de grade B : présomption d'efficacité

- Antidépresseurs (IRS-NA): **EFFEXOR®** : polyneuropathie sensitives,
- Antiépileptiques : **TEGRETOL®** : névralgies du trijumeau et du glossopharyngien; douleurs neuropatiques de l'adulte. Prendre garde au risque hépatique et aux intéractions médicamenteuses.
- **Capsaïcine** en topique local : douleurs post-zostériennes, disponible en ATU nominative ou préparation magistrale.
- **Dronabinol** (cannabinoide) : douleurs neuropathiques de la SEP, disponible en ATU nominative.

Recommandations d'usage : traitements dont l'efficacité a été établie dans d'autres étiologies :

- **Prégabaline** efficace sur les troubles anxieux, adapter posologie si insuffisance rénale.
- **Tricycliques** efficaces dans la dépression et l'anxiété, **MAIS** à posologie plus élevée que celles utilisées pour le traitement de la douleur. Prudence chez la personne âgée.
- **Sécurité d'emploi faible pour les tricycliques :** non recommandés en cas de pathologie cardiaque, de glaucome à angle étroit, d'adénome prostatique.

Recommandations pour le traitement médicamenteux


Monothérapie en première intention
Tricycliques
Lidocaïne topique
Lésion focale
Gabapentine /
Prégabaline
Efficacité partielle
intolérance
Substitution ou association de 2 classes en deuxième intention
En cas de contre-indication ou d'échec de l'une des classes thérapeutiques
En cas de mauvaise tolérance de l'association
Morphinique ou IRS-NA en troisième intention. Les opioïdes peuvent être utilisés plus tôt dans le cas de la douleur cancéreuse mixte

- Généralités
- Mécanismes
- Evaluation de la douleur
- Tt de la douleur nociceptive
- Opioïdes
- Tt de la douleur neuropathique
- Ttts co-antalgiques
- Techniques complémentaires
- Techniques interventionnelles
- Radiothérapie
- Approche psychothérapique
- Bibliographie

Page modifiée le : ***7 octobre 2010***

Traitements co-antalgiques médicamenteux

	Per os	Par voie parentérale	Observations
AINS*	ADVIL®, BIPROFENID® 100 mg 1 matin et soir	PROFENID® 50 mg / 6 à 8 heures en IV souhaitable (max. 200 mg / jour)	Mise en garde : Néphrotoxicité Risque de néphrotoxicité si association avec le méthotréxate et/ou les diurétiques, formellement déconseillée
CORTICOIDES**	En moyenne 1 à 2 mg par kg de poids/jour.	Jusqu'à 4 mg par kg de poids / jour. Privilégier les cures courtes	Surveillance de la glycémie
ANIOLYTIQUES	**Benzodiazépines** LEXOMIL® : ¼ x 3/jour XANAX® : 0,25 1 x 2/ jour **Non benzodiazépines** ATARAX® : cp à 25, 100 mg	HYPNOVEL® à doses anxiolytiques : 0,5 mg/ h en continu au PSE ATARAX® : amp à 100 mg	

BIPHOSPHONATES	CLASTOBAN® 800 : 2 cp le matin, dans un grand verre d'eau, à distance des repas LYTOS® : 520mg, 2 cp le soir	AREDIA® : 90 mg dans 500 cc de SGI, en 2 heures ZOMETA® : une ampoule de 4 mg en perfusion de 15 minutes, toutes les 4 semaines	Adapter à la Clairance Créatinine
MYORELAXANTS	COLTRAMYL® : 1 cp, 2 à 4 fois/jour MIOREL® : 1gel, 2 à 4 fois/jour MYOLASTAN® : ½ à 1 cp, 1 à 2 fois/jour		
ANTISPASMODIQUES	DEBRIDAT® : 1 cp de 100 mg, 3 fois par jour DICETEL® : 1cp à 50 mg, 3 fois/jour VISCERALGINE® : 1 à 2 cp, 3 fois/jour*** SPASFON ® : comprimés ou Lyoc à 80 mg, jusqu'à 6 par jour en moyenne.	DEBRIDAT® : en moyenne 2 amp de 50 mg, 3 fois par jour, en IV SCOBUREN® : 2 à 4 amp de 20 mg, en SC ou IV répartis sur les 24 heures ou administration continue au PSE SPASFON® : 3 à 6 amp par 24 heures, en IV	Déconseiller d'associer aux opioïdes.
ANTISPASTIQUES	LIORESAL® Comprimés à 10 mg : montée posologique lentement progressive (de 15 mg jusqu'à 120 mg/j) par paliers de 3 jours		Somnolence transitoire, vertige

***** Maintenir le principe de la cure courte + protection gastrique souhaitable

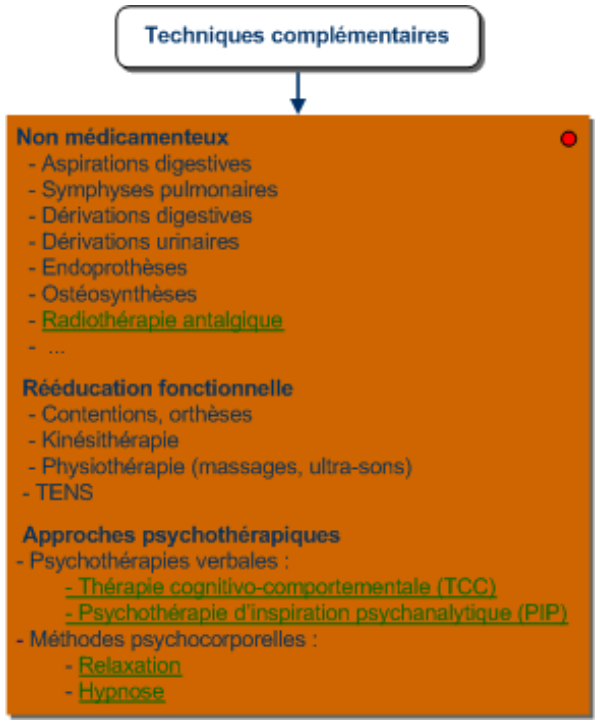
****** les posologies de l'ordre de 500 mg à 1 g par jour peuvent être proposées sans références d'AMM dans les indications d'hypertension intracrânienne et compressions médullaires.

*** n'est plus commercialisé actuellement.

- Généralités
- Mécanismes
- Evaluation de la douleur
- Tt de la douleur nociceptive
- Opioïdes
- Tt de la douleur neuropathique
- Ttts co-antalgiques
- Techniques complémentaires
- Techniques interventionnelles
- Radiothérapie
- Approche psychothérapique
- Bibliographie

Page modifiée le : ***7 octobre 2010***

Techniques complémentaires pouvant avoir un effet antalgique



- **TENS** : C'est une méthode de traitement symptomatique de la douleur utilisant un courant électrique adapté aux fibres nerveuses. Cette méthode consiste à appliquer sur la peau un courant grâce à des électrodes autocollantes pour stimuler certaines fibres nerveuses qui vont venir freiner la transmission de la douleur. Le TENS procure une sensation de fourmillement ou de vibration comme un massage à l'endroit de la douleur. Cette sensation n'est pas douloureuse. Le TENS ne traite pas la cause de la douleur, il supprime la sensation désagréable de la douleur rebelle qui est souvent vécue comme un véritable handicap pour la vie quotidienne.

Autres techniques

Ces techniques peuvent être utilisées de manière complémentaire, elles n'ont pas fait la preuve d'une efficacité versus placebo.

- **Mésothérapie** : Technique d'injections en intradermique ou sous-cutané de mélanges de médicaments micro dosés (XYLOCAINE®, FONZYLANE®, COLTRAMYL® ...) pharmacologiquement actifs, en injections locales en un ou plusieurs des points gâchettes : mésoperfusion lente en 30 minutes, ou locorégionale en nappage. Elle associe une stimulation mécanique tégumentaire àl'action pharmacologique.

- **Acupuncture** : Méthode thérapeutique qui consiste à implanter des aiguilles métalliques dans le revêtement cutané, sur des points précis choisis en fonction de la symptomatologie clinique et des données de la pulsologie traditionnelle chinoise.

- **Toucher thérapeutique** : Il peut diminuer la douleur par un toucher massage doux, relaxant et englobant. Il augmente la sensation de bien être. Il permet un réinvestissement du corps dans un vécu agréable et l'apaisement de la douleur.

- **Réflexologie** : Chaque partie du corps a un point correspondant à la plante du pied, àl'oreille (auriculothérapie) et à la main. La reflexologie plantaire est un protocole de massage de détente, de remise en circulation des fonctions principales de maintien en équilibre du corps (physique et émotionnel) suivi d'une stimulation des espaces correspondants aux zones douloureuses dans le corps permettant un soulagement. Cette technique peut s'appliquer également aux troubles du sommeil, à l'anxiété et à la constipation. L'auriculothérapie se pratique en cabinet par la pose d'aiguilles sur les points réflexes correspondants à la zone du corps touchée.

- Généralités
- Mécanismes
- Evaluation de la douleur
- Tt de la douleur nociceptive
- Opioïdes
- Tt de la douleur neuropathique
- Ttts co-antalgiques
- Techniques complémentaires
- Techniques interventionnelles
- Radiothérapie
- Approche psychothérapique
- Bibliographie

Date de révision : ***09 juin 2010***

Techniques interventionnelles anesthésiques, radiologiques et chirurgicales

Techniques anesthésiques

- **Blocs nerveux** :
  - périphériques
  - sympathiques

- **Injections** :
  - péridurale
  - intrathécale
  - ICVentriculaire

Techniques radiologiques

- **Alcoolisation**
- **Phénolisation**
- **Radiofréquence**
- **Embolisation**
- **Chimioembolisation**

Techniques chirurgicales

- **Cimentoplastie**

L'effet antalgique est optimisé si une radiothérapie est associée.

- **Vertébroplastie**
- **Thermocoagulation**
- **Section neurologique** :
  - périphérique
  - centrale
- **Techniques de stimulation neurologique** :
  - centrale.

- Généralités
- Mécanismes
- Evaluation de la douleur
- Tt de la douleur nociceptive
- Opioïdes
- Tt de la douleur neuropathique
- Ttts co-antalgiques
- Techniques complémentaires
- Techniques interventionnelles
- Radiothérapie
- Approche psychothérapique
- Bibliographie

Date de révision : ***09 juin 2010***

Radiothérapie

Objectifs

La radiothérapie ne vise pas exclusivement l'effet antalgique, mais aussi la prévention des fractures et tassements vertébraux, la décompression médullaire, l'amélioration de la mobilité et la reprise d'une certaine autonomie. En situation palliative, elle a pour objectif l'amélioration de la qualité de vie.

Mécanismes

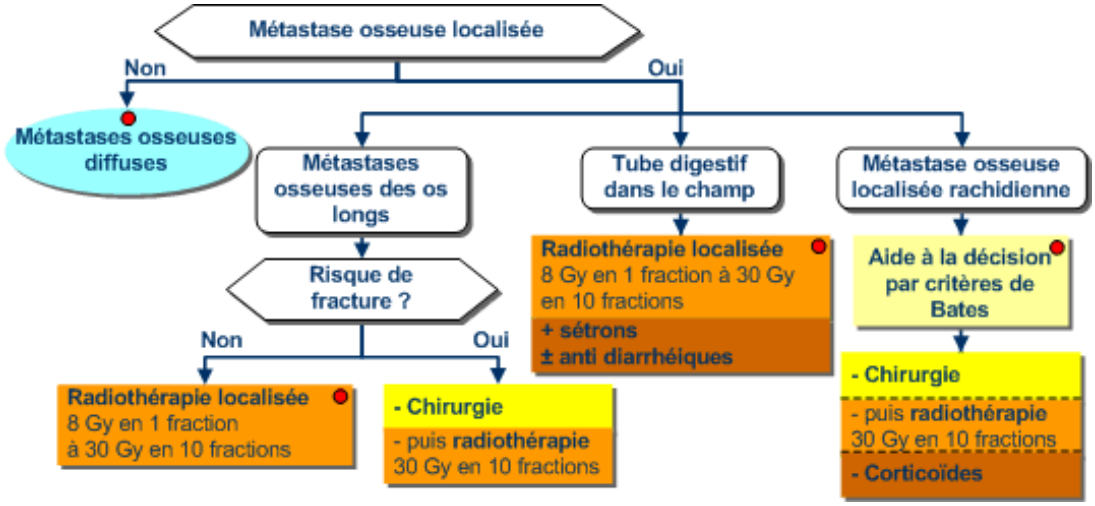
Ils sont multiples : un effet anti-tumoral d'autant plus important que la tumeur primitive est radio-sensible, une inhibition de l'activité des ostéoclastes et une stimulation de celle des ostéoblastes, la réduction de la résorption osseuse, la diminution du risque fracturaire, l'effet antalgique spécifique.

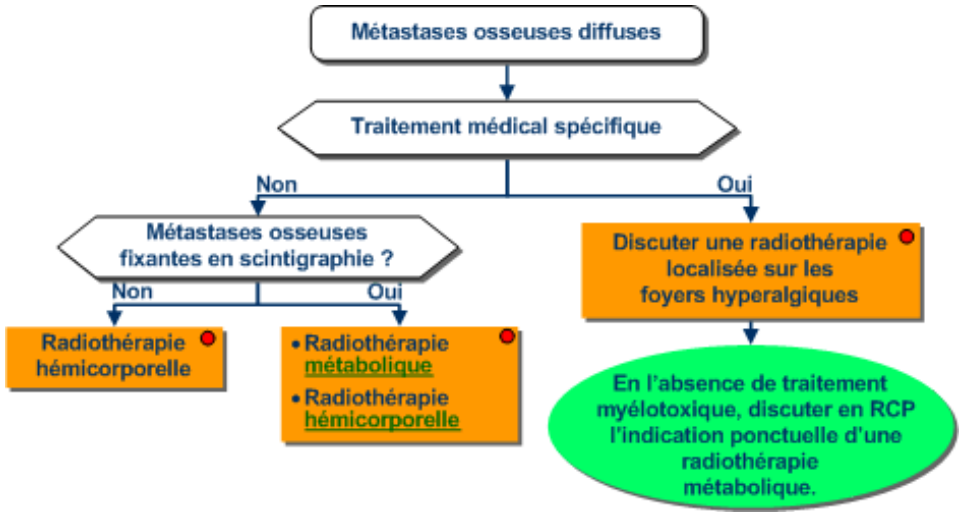
Indications

Ce sont principalement les métastases osseuses, mais la radiothérapie peut concerner toute autre localisation douloureuse.

Radiothérapie antalgique des métastases osseuses

Trois modalités possibles : radiothérapie localisée, hémi-corporelle, métabolique.





Critères de Bates (1992)

Aide à la décision du traitement radiothérapique (irradiation externe exclusive) pour les métastases osseuses rachidiennes

- Espérance de vie très courte
- Evolution lente
- Pas de compression franche
- Moelle cervicale haute indemne
- Atteinte de la queue de cheval
- Multiples niveaux
- Colonne vertébrale stable
- Histologies favorables : LMNH - myélome - sein - prostate

Contre-indications

Fracture pathologique (prendre un avis chirurgical), compression médullaire aiguë.

Radiothérapie localisée

- **Champ d irradiation** : classiquement, tout le segment osseux atteint.

- **Métastase osseuse rachidienne** :
  - la vertèbre métastatique incluant les apophyses transverses, et extension aux parties molles
  - 1 vertèbre sus et sous-jacente à la vertèbre atteinte
  - 2 vertèbres sus et sous-jacentes si épidurite

- Schémas d'irradiation : pas de consensus. Le schéma dépend de l'efficacité et de la tolérance des tissus sains, avec comme objectif premier le contrôle de la douleur.

  5 schémas d'irradiation selon l'OMS qui dépendent du contrôle de la maladie et de son pronostic :
  - OMS 0-1 : 30 Gy en 10 fractions et 2 semaines
  - OMS 2 : 20 Gy en 5 fractions et 5 jours
  - Split course : 3 x 5 Gy en 3 jours, repos 1 semaine puis 5 x 3 Gy en 5 jours
  - OMS 3-4 : 8 Gy en 1 fraction, si altération de l'état général ou paraplégie installée, ou visée antalgique

- **Effet antalgique** : parfois dans les 24 heures

  Optimisation de l'effet de l'irradiation avec le temps. Effet maximum quelques semaines après l'arrêt du traitement. Une aggravation transitoire est possible (effet "flare")

Compression médullaire

C'est une urgence absolue. Elle est révélatrice de la métastase osseuse dans 8% des cas. La récupération neurologique dépend du délai de prise en charge. L'avis neurochirurgical doit être systématique après IRM (laminectomie décompressive). La corticothérapie à forte dose doit être systématique. Il y a deux modalités d'irradiation à proposer : radiothérapie post-opératoire, ou radiothérapie exclusive si atteinte de la queue de cheval.

Radiothérapie antalgique des autres localisations

Les schémas d'irradiations sont les mêmes que celui des métastases osseuses. Le choix dépend du statut OMS et de l'état général du patient.

Radiothérapie hémicorporelle

Ce traitement, de moins en moins utilisé, nécessite une hospitalisation en raison du risque hématologique important.

Il s'applique à des lésions osseuses multiples et diffuses chez des patients avec un pronostic à court terme.

- **Hémicorps supérieur** : 6 Gy en 1 fraction
- **Hémicorps inférieur** : 8 Gy en 1 fraction
- **Traitements associés** :
  - + Hydratation IV
  - + Antinauséeux dont sétrons
  - + Corticoïdes
  - ± Antidiarrhéiques
- **Intervalle entre les deux radiothérapies** : 1 mois, selon la NFS
- **Tolérance médiocre** : toxicité digestive et hématologique (11% DC Salazar 1986).
- **Résultats** : efficacité > à 80 % (métastases osseuses)
  Effet antalgique dans les 24 h chez 25 % des patients, maintenu dans 75 % des cas jusqu au décès.

Radiothérapie métabolique

Elle est indiquée pour les lésions multiples et qui fixent à la scintigraphie osseuse. Les radio-isotopes se fixent sur les sites osseux en activité métabolique en épargnant le tissu sain. La toxicité hématologique est constante, de 4 à 8 semaines après l'injection. La radiothérapie métabolique est contre-indiquée dans les localisations vertébrales avec atteinte du mur postérieur.

	Strontium 89 METASTRON® (analogue calcique)	**QUADRAMET®** (Samarium153 + Diphosphonate)
Caractéristiques physiques	• Demi-vie = 50,5 jours • β- exclusif	• Demi-vie = 46,3 heures • β- et γ
Caractéristiques biologiques	Elimination urinaire lente	Elimination urinaire rapide et importante (35 % de la dose administrée éliminée dans les urines au bout de 12 heures)
Indications	Prostate	• Tous primitifs concernés • Métastases multiples • M. hyperfixantes à la scintigraphie osseuse • M. douloureuses
Dispositions	• Arrêt de toute médication calcique 2 semaines avant • Hospitalisation non nécessaire • Surveillance NFS 2ème - 8ème semaine	• Surcharge hydrique avant l injection • 1 jour d hospitalisation • Recueil des urines sur les 6 premières heures • Surveillance NFS 2ème - 8ème semaine
	ATTENTION AUX ASSOCIATIONS MYELOTOXIQUES	
Résultats	• 25 % d'échecs • 75 % de réponses (25 % RC - 50 % RP)	
	Possible augmentation transitoire des douleurs +++	
Effets : début **max** **durée tot.**	10 - 20 jours après injection à 6 semaines 6 mois (2 - 10)	1 semaine après injection à 4 semaines 16 semaines
Possibilité de répéter l'injection	Oui, après 3 mois	Oui, après 8 semaines
	Pas de limite au nombre des réinjections	

- Généralités
- Mécanismes
- Evaluation de la douleur
- Tt de la douleur nociceptive
- Opioïdes
- Tt de la douleur neuropathique
- Ttts co-antalgiques
- Techniques complémentaires
- Techniques interventionnelles
- Radiothérapie
- Approche psychothérapique
- Bibliographie

Page modifiée le : ***7 octobre 2010***

Approches psychothérapiques

- Toutes les prises en charge psychologiques impliquent une adhésion et une participation active du patient.
- L'objectif n'est pas de se substituer au patient mais de lui faire découvrir et utiliser au mieux ses ressources vitales.

Les psychothérapies verbales

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

- La thérapie comportementale est une méthode de traitement fondée sur les lois du conditionnement et de l'apprentissage. Elle a pour objet de réduire le symptôme gênant pour le sujet. L'objet du travail est le symptôme et non la cause, enracinée dans l'inconscient.

- La méthode consiste en l'apprentissage de comportements différents. L'acquisition de tout nouveau comportement bénéfique doit être renforcé par le patient et par l'entourage.
La thérapie cognitive vise à conduire le sujet à adopter des stratégies de modification des cognitions inadaptées (idées fausses autour de la douleur).
La thérapie cognitivo-comportementale vise, tout en modifiant le comportement, à prendre conscience des pensées et des systèmes de croyance dysfonctionnels pour mettre en place d'autres systèmes de réflexion.

- C'est une psychothérapie structurée : 15 à 20 séances d'une heure par semaine.

Les thérapies d'inspiration psychanalytique (TIP)

- Les thérapies d'inspiration psychanalytique et la psychanalyse ont pour objectif de permettre l'émergence des facteurs inconscients par le biais de libres associations émises par le sujet. Le travail porte sur l'interprétation du conflit inconscient et l'analyse du transfert.

Les méthodes psychocorporelles

La relaxation

La relaxation est une forme de détente profonde. Ses effets produisent une baisse du rythme cardiaque et respiratoire, une augmentation de la température corporelle, une vasodilatation, un relachement musculaire. La relaxation apporte également un bien-être psychique, une sensation de tranquillité et de calme.

Il existe plusieurs méthodes de relaxation basées sur la contraction ou le relâchement musculaire, et sur des exercices de concentration mentale ou respiratoire.

La pratique de la musique (musicothérapie) ou de l'art (art-thérapie) sont d'autres méthodes qui peuvent également avoir un effet relaxant et bénéfique sur la douleur.

Référence

Douleur et cancer. SOR Savoir Patient (2007).

L'hypnose

L'hypnose peut être définie comme un état passager de conscience modifiée, d'hypovigilance et de dissociation permettant des suggestions thérapeutiques.
L'état de conscience modifié induit par l'hypnose entraîne des modifications sensorielles et affectives qui permettent au sujet de modifier l'information douloureuse au niveau cortical en faisant disparaître l'aspect psychologique : la souffrance.

Les indications de l'hypnose :

- les douleurs aiguës chirurgicales, obstétricales, des grands brûlés,
- les douleurs chroniques, les douleurs cancéreuses, les migraines.

Tout le monde est hypnotisable à condition d'être demandeur, d'adhérer pleinement et d'accepter de lâcher prise .

L'utilisation de l'hypnose dans la douleur a pour but de réduire la douleur de façon significative, en la traitant sans accumulation d'effets secondaires et d'élever son seuil de perception. Elle renforce l'effet des autres traitements prescrits. Elle permet surtout d'apprendre au patient une technique qu'il pourra utiliser (l'auto-hypnose), de diminuer l'angoisse, de réinvestir le corps. L'apprentissage s'effectue sur 3 à 5 séances.

- Généralités
- Mécanismes
- Evaluation de la douleur
- Tt de la douleur nociceptive
- Opioïdes
- Tt de la douleur neuropathique
- Ttts co-antalgiques
- Techniques complémentaires
- Techniques interventionnelles
- Radiothérapie
- Approche psychothérapique
- Bibliographie

Page modifiée le : ***7 octobre 2010***

Bibliographie

Généralités

- Haute Autorité de santé – grille AE V2010 – Chapitre 2, partie 1 – référence 12, version juin 2009.
  (Voir le document "Grille AE 2010 HAD chapitre 2", onglet "Référence 12").
- Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour L'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer, mise à jour septembre 2003.
- Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations – Prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions lombaires, osseuses et sanguines chez les patients atteints de cancer (adultes et enfants), janvier 2005.
- Standards, Options et Recommandations sur Les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour septembre 2002.
- Douleur et cancer
  Prévenir et soulager la douleur tout au long de la maladie – Guide d'information pour les personnes malades et leurs proches. Juin 2007.

Mécanismes de la douleur

- Treede RD et Al.
  Institute of Physiology and Pathophysiology, Johannes Gutenberg University, Mainz, Germany.
  Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes.
  Neurology.
  2008 Apr 29;70(18):1630-5. Epub 2007 Nov 14.

- Dworkin RH et Al.
  Advances in neuropathic pain: diagnosis, mechanisms, and treatment recommendations.
  Arch Neurol. 2003 Nov;60(11):1524-34.
- Kehlet H et Al.
  Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention.
  Lancet. 2006 May 13;367(9522):1618-25.

Evaluation / Outils

- ANAES – Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.
- Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer, mise à jour septembre 2003.
- Bouhassira D et Al.
  Development and validation of the neuropathic pain symptom inventory.
  Pain. 2004 Apr;108(3):248-57.
- www.algo974.org
- www.cnrd.fr

Traitement de la douleur nociceptive

- Standards, Options et Recommandations sur Les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour septembre 2002.
- Bourreau F. et Al.
  Les douleurs induites.
  Institut UPSA de la douleur, 2005.

Accès douloureux paroxystiques

- Portnenoy RK, Hagen N.
  Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics.
  Pain.1990 Jun;41(3):273-81.
- Svendsen KB et Al.
  Breakthrough pain in malignant and non-malignant diseases: a review of prevalence, characteristics and mechanisms.
  Eur J Pain. 2005 Apr;9(2):195-206.
- Zeppetella J, Portenoy RK.
  Management of Breakthrough Pain
  286-266 Cancer Pain 2008. Editeur : Hodder Arnold

- Zeppetella G.
  Opioids for cancer breakthrough pain: a pilot study reporting patient assessment of time to meaningful pain relief.
  J Pain Symptom Manage. 2008 May;35(5):563-7. Epub 2008 Feb 6

- Les médicaments des accès douloureux paroxystiques du cancer
  Fiche BUM HAS, mai 2010.

Rotation des opioïdes

- Roger C, Gilbert J-F, Perry G.-F, et al.
  Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain
  The Journal of Pain, vol10, n°2, Feb 2009 (pages 113-130)

- Fine PG, Portenoy RK
  Establishing "best pratices" for opioid rotation : conclusions of an expert panel.
  Journal of Pain and Symptom Management, vol 38, n°3, September 2009

- Vissers KCP, Besse K,et al.
  Opioid rotation in the management of chronic pain : where is the evidence?
  Pain practice, vol10, issue2, 2010 85-93.

- Knotkova H, Fine PG, Portenoy RK.
  Opioid rotation: the science and the limitations of the equianalgesic dose table.
  J Pain Symptom Manage. 2009 Sep;38(3):426-39.

Traitements de la douleur neuropathique

- www.sfetd-douleur.org
  « Moyens thérapeutiques pour les douleurs neuropathiques » par Gérard Mick, mars 2008.

Copyright, Oncolor 2010